

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS I



TESIS DOCTORAL

Efectividad de los tratamientos psicológicos en el ámbito aplicado

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Francisco Ballesteros Pérez

Director

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I



EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN EL ÁMBITO APLICADO

TESIS DOCTORAL

FRANCISCO BALLESTEROS PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS:

PROFESOR FRANCISCO JAVIER LABRADOR ENCINAS

*A Paola, por cuidarme,
por amarme*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero mostrar mi más profunda gratitud al director de esta tesis, Francisco J. Labrador (Paco). Me gustaría agradecer cada uno de los momentos que me ha dedicado, cada tutoría y cada charla, lo valorado que me ha hecho sentir siempre, la orientación en este trabajo, y el empujón a aprender, a mejorar profesionalmente y a entender el mundo de la psicología de manera más completa. Gracias a ti se ha despertado en mí un gran interés hacia la investigación. Sé que he sido muy afortunado por poder compartir este camino contigo, que espero esté en su comienzo.

También quiero agradecer a la profesora Dra. M^a Paz García-Vera, directora de la Clínica Universitaria de Psicología, gracias a ella obtuve mi primera oportunidad laboral como psicólogo y a través del trabajo en dicha Clínica pude entrar en contacto con la psicología aplicada.

Dentro de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM no me puedo olvidar de Ignacio Fernández y Francisco Estupiñá, los cuales estuvieron presentes en todo momento para resolver pacientemente las dudas que me surgían cuando comencé con este trabajo. Asimismo, a todos los compañeros de la Clínica que gracias a su esfuerzo, dedicación y compromiso han facilitado todo este proceso.

A mis compañeros del Equipo de Apoyo, Antonio, Mónica, Javier y Jesús, por su paciencia y a Alejandro y Daniel por permitir y apoyar que continúe desarrollándome en la investigación.

A mis padres, Paco y Avelina, y a mi hermano Víctor, que sin casi saberlo me han estado apoyando en todo este camino. Sin ellos, sin su soporte, no podría haber empezado.

El más especial de todos los agradecimientos es para Paola Fernández. Gracias por estar siempre a mi lado, por apoyarme en todo momento, por acompañarme en cada paso. Cada día a tu lado es único y en cada momento me conviertes en mejor profesional y, lo que es más importante, en mejor persona.

Por último agradecer a los pacientes que han hecho posible este estudio. En un momento de sus vidas confiaron en la Psicología como medio para superar sus problemas, ellos nos dan fuerza en nuestro compromiso de actualizar nuestros conocimientos y mejorar las intervenciones.

La presente tesis doctoral, realizada por el doctorando Francisco Ballesteros Pérez, bajo la tutorización del Profesor Francisco J. Labrador Encinas, se presentará bajo la modalidad de publicación de artículos.

A continuación, se mencionan los artículos que compondrán este trabajo de investigación:

Labrador, F. J., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27 (2), 219-326.

Ballesteros, F., Fernández, P. y Labrador, F.J. (2013). Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. *Anales de Psicología*, 29 (1), 94-102.

Labrador, F. J. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23 (4), 560-565.

Ballesteros F. y Labrador, F. J. (2014). Empirically supported treatments for panic disorder with agoraphobia in a Spanish psychology clinic. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-8.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD
EVALUACION Y PSICOLOGIA CLINICA

TELEF. 91 394 31 23 - TELEFAX: 91 394 31 89
CAMPUS DE SOMOSAGUAS
28223 MADRID

Francisco J. Labrador Encinas, Catedrático de Modificación de
Conducta de la UCM, con DNI 3779713P, y director de la Tesis doctoral
*EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS EN EL AMBITO
APLICADO*, realizada por D. Francisco Ballesteros Pérez,

HACE CONSTAR: que autoriza la presentación de dicha tesis bajo la
modalidad de "Compendio de Publicaciones".

Somosaguas, 1 de Septiembre de 2014

Fdo. Francisco J. Labrador

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	11
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	15
1. Conceptos clave	16
2. Contextualización histórica: Aparición y desarrollo de los tratamientos psicológicos como alternativa a los problemas de salud mental	20
3. Contexto actual: Eficacia, costes y eficiencia de los Tratamientos Psicológicos y Farmacológicos	27
4. Importancia de informar a la sociedad: usuarios, profesionales y agencias de salud	33
5. Justificación e importancia de los estudios de eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos en el ámbito aplicado	35
OBJETIVOS	39
MÉTODO	41
RESUMEN DE LOS ARTÍCULOS	49
CONCLUSIONES	61
REFERENCIAS	73
PRESENTACIÓN DE PUBLICACIONES	85
Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana	87
Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados	97
Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado	107
Empirically supported treatments for panic disorder with agoraphobia in a Spanish psychology clinic	115
APÉNDICE	125
Cartas de aceptación de publicaciones	127
Documento acreditativo de índice de impacto	133
Cartas de renuncia	135

RESUMEN

Introducción

Los trastornos de salud mental son cada vez más prevalentes en la sociedad actual, constituyendo los trastornos de ansiedad los cuadros clínicos más frecuentes en la población general y en la práctica clínica.

Cualquier tipo de alteración de la salud mental causa un impacto severo en la calidad de vida de las personas, pudiendo llegar a interferir en muchas de las áreas personales. Esto hace que el tratamiento de los mismos haya alcanzado una gran importancia dentro de los sistemas sanitarios y un gran calado dentro de la sociedad.

Esta situación ha llevado a un gran desarrollo teórico y técnico dentro de la psicología que, por un lado, ha favorecido el afianzamiento de la misma como especialidad, y por otro, ha hecho complicado valorar la eficacia entre las diferentes terapias. Por ello, se hacen necesarias iniciativas para discernir no sólo qué tratamiento es eficaz, sino en qué condiciones y para qué personas y, a poder ser, lograrlo en el menor tiempo posible. Una vez establecida la eficacia debe darse un paso más para establecer la efectividad, que es comprobar si los tratamientos eficaces se muestran válidos en el campo aplicado, que es donde las personas solicitan ayuda. Demostrar y conocer la eficacia y la efectividad de las terapias tiene implicaciones importantes no sólo para los profesionales, sino para el paciente/cliente, que cada vez demanda un mejor servicio y de más calidad, para las agencias de salud y para profesores y docentes. El tercer escalón a considerar a la hora de elegir un tratamiento es la eficiencia del mismo, es decir la relación entre los costos y beneficios, o dicho de otra forma, qué tratamiento supone el menor esfuerzo económico alcanzando el máximo beneficio.

El papel del psicólogo es importante y de mucha utilidad, además de tener gran aceptación social y cada vez más demanda, por lo que parece imprescindible que se sigan haciendo esfuerzos por identificar esas funciones y resultados.

Objetivos

El presente trabajo de tesis tiene un objetivo doble. Por un lado se busca constatar si los Tratamientos Empíricamente Apoyados (TEA), que se han mostrado eficaces, se están mostrando efectivos en el ámbito aplicado, estrechando el cerco entre el ámbito de investigación y el práctico. Dentro de este objetivo se encuentra el mostrar la realidad de la Psicología Clínica en el ámbito aplicado, con descripciones de las personas que demandan atención, listados de los problemas más habituales por los que se solicita la ayuda profesional del psicólogo, descripciones de la duración de las terapias, los costes estimados que puede acarrear al paciente una terapia psicológica y el porcentaje de personas que se pueden beneficiar de este tipo de intervenciones.

Como segundo objetivo se pretende que el presente texto sirva de ayuda a la divulgación del conocimiento entre los profesionales de la psicología y que facilite la toma de decisiones en momentos de incertidumbre con respecto a qué intervenciones se están mostrando válidas y para qué trastornos en las clínicas cotidianas.

Método

La presente investigación recoge los resultados de cuatro artículos en los cuales se han utilizado muestras, instrumentos y métodos diferentes. A continuación se explica lo más destacado de cada uno de ellos, así como los factores compartidos.

La muestra se conformó con los pacientes que habían solicitado atención en la *Unidad de Psicología Clínica de la UCM* entre los años 2003 y 2006, siendo un total de 122; por otro lado, se contabilizó a los pacientes de la *Clínica Universitaria de Psicología de la UCM* que desde el inicio de su actividad en 1999 solicitaron tratamiento para problemas de Fobia Social (N=71) y de Angustia con Agorafobia (N=50).

La variable independiente fue la aplicación de Tratamiento Empíricamente Apoyado (TEA) para cada trastorno. Cada terapeuta aplicó este tipo de tratamiento de forma individualizada y autocorrectiva según la evolución del paciente y basada en la formulación clínica del caso.

Las variables dependientes se dividieron en sociodemográficas (sexo, estado civil, profesión y nivel de estudios); clínicas (fase del tratamiento, presencia de comorbilidad, existencia de problemas en el eje III y/o IV, número de objetivos y técnicas y puntuación en las escalas y/o inventarios utilizados); aspectos del tratamiento (número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento); y factores económicos (coste del proceso terapéutico).

Para estos trabajos se ha utilizado un diseño cuasi-experimental, sin asignación aleatoria y con muestras de carácter incidental.

Resultado

En cuanto a los resultados obtenidos, se pueden dividir atendiendo a las variables que han sido objeto de estudio:

- a) *Variables sociodemográficas*: el perfil de persona que demanda atención en las clínicas de psicología estudiadas es de una mujer (más del 60%), joven (menor de 30 años de edad), preferentemente soltera y con estudios universitarios.
- b) *Variables clínicas*: el trastorno por el que más se demanda atención es la depresión, pero por grupos diagnósticos son los trastornos de ansiedad los más prevalentes, destacando la fobia social, el más común entre los trastornos de ansiedad, y el trastorno de angustia con agorafobia. El porcentaje de pacientes que presentan comorbilidad es de un 21%. La presencia de problemas catalogables en el Eje III asciende a un 27% y en el Eje IV a un 60%. En cuanto al promedio de objetivos y de técnicas éstos son 8.1 y 12.34, respectivamente. Las variables que destacan como predictoras de un alargamiento de los tratamientos son la presencia de un segundo diagnóstico, la introducción de más técnicas terapéuticas y la presencia de diagnósticos como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y la Distimia.
- c) *Variables de tratamiento*: la media de sesiones de evaluación es inferior a 4, la media de sesiones de tratamiento es de 29.71 y las de seguimiento son reducidas, con una media inferior a 2. Si nos ceñimos a un solo diagnóstico, la media de

sesiones de tratamiento para los que alcanzan el alta desciende, así para la fobia social son de 16 y para el trastorno de angustia con agorafobia son de 15.

- d) *Coste económico*: el tratamiento psicológico es equiparable al coste farmacológico, especialmente en el trastorno de angustia con agorafobia donde hay un gasto estimado de 945€ para los pacientes que alcanzan el éxito terapéutico, por un coste estimado de 870€ para el tratamiento farmacológico de referencia, considerando sólo el costo de los fármacos.

Los resultados indican que un alto porcentaje de pacientes alcanza el éxito terapéutico (al menos un 64%). Además, los tamaños del efecto alcanzados en las medidas de cambio son grandes ($d > 1$), con cambios estadísticamente significativos ($p < .05$) en las evaluaciones post.

Conclusiones

Los resultados encontrados con respecto al perfil de las personas que demandaron atención psicológica son ser mujer, joven y soltera, y con relación al tipo de demanda, mayor prevalencia de trastornos de ansiedad. Estos datos convergen con estudios previos en el campo de la psicología, tanto en el ámbito de la investigación, como epidemiológicos y clínicos. Esto parece indicar que las muestras con las que se han trabajado, aunque pequeñas, sean representativas de la realidad.

En cuanto a los cambios producidos por los tratamientos empíricamente apoyados, tanto clínicos como estadísticos, se observa que los resultados alcanzados en este estudio son al menos iguales a los logrados en condiciones de máximo control y a los ya existentes en el campo de la efectividad.

Además, la duración de la terapia psicológica en la clínica no se alarga mucho más que cuando se aplica un protocolo de actuación. Si se contabiliza en meses, tampoco se prolongan más que el tiempo que se debe seguir un tratamiento farmacológico. De esto se puede inferir que los costes de los tratamientos psicológicos no se disparan en comparación con tratamientos señalados de primera elección (farmacológicos) huyendo de la idea de que las intervenciones psicológicas son más costosas económicamente.

Finalmente, se defiende la utilidad de generalizar los tratamientos empíricamente apoyados en la práctica clínica habitual. Así como que se puedan extrapolar los resultados de los estudios de eficacia al trabajo clínico cotidiano.

Palabras clave: *Tratamiento Empíricamente Apoyado, Efectividad, Práctica Clínica, Fobia Social, Pánico con Agorafobia, Coste.*

ABSTRACT

Introduction

Mental health disorders are becoming more prevalent within society, constituting the anxiety disorders the most frequent ones in the general population and in the clinical practice.

Any mental health alteration causes a severe impact in the quality of life of people, even interfering in many of their personal areas. This means that their treatment has achieved great importance within the health systems and also within society in general.

This situation has led to a large theoretical and technical development within psychology that, on one side, has favored its consolidation as a specialty, and on another side, has become difficult to appreciate the effective among the different therapies. Therefore, initiatives are needed to discern not just which treatment is effective, but in which conditions and for whom and, if possible, achieve it in the shortest possible time. Once the efficacy is established, further step must be taken to establish the effectiveness, which it is to check if the effective treatments are valid in the field applied, where people seek assistance. To demonstrate and know the efficacy and effectiveness of the therapies it has important implications not only for the professionals, but also for the patient/client, who increasingly require better services and with higher quality, for health agencies and for teachers. The third step to consider when choosing a treatment is its efficiency, that is the relationship between costs and benefits, or in other words, which treatment means the lower economical effort reached with the maximum benefit.

The role of the psychologist is important and very useful, and it has a great social acceptance and more and more demanded, as a result it seems essential to make efforts to identify these functions and the results.

Objectives

The current thesis has a double objective. On one side, it attempts to verify whether the Empirically Supported Treatment (EST), which has shown to be effective, can also prove effectiveness in the applied field, narrowing the gap between the fields of research and practice. Within this objective the reality of Clinical Psychology in the applied field is demonstrated, with descriptions of the people who demand assistance, lists of the most frequent disorders, descriptions of the therapies duration, estimated costs that a psychological therapy could cause to the user and the percentage of people that can take advantage of these interventions.

As a second objective, it is hoped that the present work serves to the dissemination of knowledge among psychologists and that it facilitate the decision making process in moments of uncertainty regarding which interventions are proving useful and for which disorders in the welfare clinics.

Method

The current research gathers the results of four articles where different samples, instruments and methods have been used, and now it is explained the highlights of each one, and also the shared factors.

The sample was form with the patients that had sought care in the *Clinical Psychology Unit of the UCM* between the years 2003 and 2006, being a total of 122; at the same time, the patients of the *University Psychology Clinic of the UCM* from the beginning of its activity in 1999 demanded treatment for Social Phobia (N=71) and Panic Disorder with Agoraphobia (N=50) problems were recorded.

The independent variable was the administration of Empirically Supported Treatment (EST) for each disorder. Each therapist applied this treatment as she/he considered appropriate, according to the patient's feature and evolution, in accordance with the therapist's supervisor.

The dependent variables were divided into sociodemographic (sex, marital status and education level); clinical (stage of patient's treatment, presence of comorbidity, problems in the Axis III and/or IV, number of objectives and techniques and, score in the scales used); treatment

variables (number of evaluation sessions, treatment and follow-up); and economic factors (cost of the therapeutic process).

A quasi-experimental design has been used for these works, without random assignment and incidental samples.

Results

Regarding the results obtained, they can be divided taking into account the variables which have been studied:

- a) *Sociodemographic variables:* patient's profile who demands the attention in the psychology clinics studied is of a woman (over 60%), young (under 30 years old), single and with university studies.
- b) *Clinical variables:* the disorder with the highest demand is the depression, by diagnosis groups, anxiety disorders are the most prevalent, underlining social phobia, the most common within the anxiety disorders, and the panic disorder with agoraphobia. The percentage of patients that show comorbidity is 21%. The presence of problems in the Axis III rises to 27% and to 60% in the Axis IV. Regarding the average of objectives and techniques they are 8.1 and 12.34, respectively. The factors that explain the longer treatment length are the presence of comorbidity, the number of applied therapeutic techniques and the diagnosis presence such as the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and the Dysthymia.
- c) *Treatment variables:* the average number of evaluation sessions is less than 4, the average number of treatment sessions is 29.71 and the follow up sessions are reduced, with an average number less than 2. If we keep to just one diagnosis, the average of treatment session goes down, being 16 for the social phobia and 15 for the panic disorder with agoraphobia.
- d) *Treatment cost:* the psychological treatment is comparable to the pharmacological cost, especially in the panic disorder with agoraphobia where there is an estimated cost of 945€ for the patients who achieve discharged, while the estimated cost is

870€ for the pharmacological treatment of reference, considering only the drug costs.

The results show that a high percentage of patients achieve discharged (at least a 64%). Moreover, the effect sizes reached are large ($d > 1$), with changes statistically significant ($p < .05$) after treatment.

Conclusions

The results found regarding the person's profile who demanded psychological care, is mainly being female, young and single, and related to the type of demand, higher prevalence of anxiety disorders. These data converge with previous studies in the psychology field, such as research field and epidemiological and clinical setting. This suggests that the samples used in this work, although they are small, are representative.

As regards to the changes produced by the empirically supported treatments, both clinically and statistically, it is noticed that the results reached in this study are at least equal to those achieved under conditions of maximum control and to the already existing in the effectiveness field.

Furthermore, psychological length treatment in the clinic does not take much longer than when an action protocol is applied. In terms of months, they do not extend more than the time taken by a pharmacological treatment. Because of this, it can be concluded that the psychological treatment costs are not much higher compared to the treatments listed as first choice (pharmacological) opposite to the idea that the psychological interventions are more expensive.

Finally, the utility of generalizing the empirically supported treatments developed in research setting to a welfare clinic is defended. As well as being able to extrapolate the results of the efficacy studies to the daily clinical work.

Keywords: *Empirically Supported Treatment, Effectiveness, Clinical Practice, Social Phobia, Panic Disorder with Agoraphobia, Cost.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis versa sobre la efectividad de los tratamientos que han sido descritos como empíricamente apoyados (TEA) en el trabajo clínico cotidiano. Los datos que se obtiene de los siguientes artículos arrojan información sobre los trastornos psicológicos por los que más se demanda atención en la clínica, así como el perfil sociodemográfico que asiste a consulta. También se hace una descripción de cómo son en realidad las terapias psicológica validadas en estudios controlados cuando se extrapolan al ámbito aplicado.

El texto se inicia con una introducción al trabajo en la cual se abordan los conceptos claves dentro de esta área de la psicología.

A continuación, se hace un breve recorrido sobre la aparición de los tratamientos psicológicos en la salud mental como alternativa a los tratamientos farmacológicos y médicos dominantes. Después se reflexiona sobre el estado actual de las alternativas terapéuticas (psicológicas y farmacológicas, o combinadas) que se han mostrado eficaces en los distintos trastornos psicológicos desde el punto de vista de su eficacia, de sus costes y de su eficiencia.

La diseminación de los resultados en cualquier ámbito es un aspecto necesario. En psicología esta necesidad no se ha pasado por alto, por ello es conveniente introducir un punto en el que se aborde la importancia de informar a la sociedad sobre los resultados de estas terapias. Cuando se habla de sociedad se debe incluir tanto a los profesionales de la psicología, como a otros profesionales de la salud mental, así como a los pacientes (y potenciales usuarios), a los profesores y docentes, a las agencias y empresas de sanidad y, finalmente, a los estamentos públicos.

Seguidamente, se presentará, antes de establecer los objetivos, la metodología y la presentación de los artículos que componen esta tesis, así como las conclusiones finales, una

justificación de por qué son importantes los estudios de efectividad dentro del ámbito de la psicología y que motivan la necesidad de trabajos como el presente.

Finalmente, las conclusiones de esta tesis aspiran a ser orientativas, pero de interés para los profesionales de la psicología, aportando datos en torno a la intervención psicológica cotidiana y a las realidades a las que los psicólogos nos estamos enfrentando en la actualidad, además, se aspira a seguir construyendo puentes que acerquen la parte más teórica y de investigación con la más clínica.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Conceptos clave

Previo a la exposición de los contenidos y resultados de este trabajo, es necesario definir brevemente algunos de los términos a los cuales se hace alusión a lo largo del texto. Las definiciones serán concisas ya que el objetivo principal de esta tesis no es hacer un recorrido minucioso y exhaustivo por la aparición, desarrollo y modificación de cada uno de estos conceptos.

- *Tratamiento psicológico*: siguiendo las directrices de Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo (2003), se puede considerar tratamiento psicológico a:

“una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (centro de salud mental, hospitales, consultas privadas, asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ellos un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana. Un tratamiento psicológico implica, entre otras cosas, escuchar lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema. También supone informar y enseñar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados empleando técnicas psicológicas específicas (artículos 6º y 18º del Código Deontológico del psicólogo) tales como el entrenamiento en respiración, en inoculación de estrés, aprendizaje de ciertas habilidades de solución de problemas o habilidades sociales. El empleo de fármacos no es parte del tratamiento psicológico, aunque pueden combinarse ambos tipos de terapia cuando se considere oportuno, ya que se sabe que en ocasiones tiene unos efectos de sinergia positiva. El tratamiento psicológico se puede llevar a cabo con una persona (individual) o en grupo”. Labrador et al., 2003, p. 25).

Abstrayendo los elementos básicos de un tratamiento psicológico, se puede decir que en éste interviene un profesional (psicólogo/a), un paciente o cliente que siente algún sufrimiento y que establece una relación con el terapeuta, en esta relación se ponen en marcha estrategias o técnicas para aliviar ese malestar, éstas están basadas

en una teoría y están organizadas y planificadas, además el tratamiento debe estar orientado por objetivos para que sea exitoso.

- *Eficacia*: se refiere a los logros de los objetivos terapéuticos en condiciones propias de investigación. No se puede entender la eficacia como algo unívoco. Marks y O'Sullivan (1992) desglosan el término en diferentes componentes; *especificidad* (¿qué síntomas mejoran?); *intensidad* (¿cuánto mejoran los síntomas?); *plazo* (¿cuánto tarda en comenzar la mejoría?); *duración a corto plazo* (¿dura el efecto terapéutico mientras dura el tratamiento?); *duración a largo plazo* (¿continúa el efecto tras la supresión del tratamiento?); *costes* (¿rechazos, efectos secundarios, abandonos?); *interacciones* (¿cómo interactúa con otros tratamientos?); y, por último, *balance* (¿cuáles son las ventajas e inconvenientes en relación con otros tratamientos disponibles?).

Una definición alternativa de eficacia alude a la:

“capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada, que sean superiores a la no-intervención, a otras intervenciones estándares disponibles o, incluso, a uno de sus componentes aislados” (Ferro y Vives, 2004, p. 98).

Los estudios de eficacia se hacen más con diseños de grupos que con diseños de caso único. La eficacia está relacionada con la validez interna del procedimiento o del análisis del mismo. Los estudios se hacen en situaciones muy controladas, con pacientes voluntarios que no suelen pagar (e incluso en ocasiones cobran), con tratamientos estándar, en un tiempo fijo, con procedimiento de doble ciego, etc. Los trabajos de eficacia son considerados el primer peldaño de la evaluación de una intervención, para más adelante seguir avanzando hacia la efectividad y la eficiencia.

- *Efectividad*: grado en que un tratamiento logra los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual. Estos dos términos, eficacia y efectividad, no van siempre de la mano (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), siendo muy posible que un tratamiento se haya mostrado eficaz y, sin embargo, los datos de efectividad sean escasos o muy pobres. La efectividad hace referencia a la validez externa.

Ferro y Vives (2004), cuando hacen referencia a este término, ponen el punto de interés en la satisfacción del cliente o paciente con la intervención.

“La efectividad apunta hacia el éxito social y la satisfacción del cliente. Aunque la efectividad tiene mucho que ver con un buen resultado, los clínicos no han de confiar en que éste sea el resultado bueno” (Ferro y Vives, 2004, p. 97).

En relación a estos términos la APA señala que no es muy inteligente marcar una clara línea entre ambas aproximaciones. Al tratar de definir las opta por una separación más tradicional, aludiendo a la distinción entre la validez interna (eficacia) y la validez externa (efectividad), y apuestan por la idea de que:

“cualquier estudio puede ser evaluado con respecto a estas dos dimensiones, asimismo, no hay ninguna razón para que un estudio controlado aplicado en clínica aplicada que busque maximizar la validez interna tenga por qué perder potencia en la validez externa, usando muestras representativas de pacientes y terapeutas” (Chambless y Hollon, 1998, p. 14).

En consecuencia consideran que los diseños más informativos son aquellos que buscan maximizar la validez interna y externa de modo simultáneo.

- *Eficiencia*: hace referencia a la relación coste-beneficio de la propia intervención. El análisis de la eficiencia se puede realizar en tres niveles: el coste directo del tratamiento para el paciente o el sistema proveedor del servicio, el coste directo para la comunidad y el coste indirecto para la comunidad. La metodología empleada para estudiar este concepto sería analizar el coste de la intervención, y a continuación

compararlo con el de la ausencia de intervención y sus consecuencias, o con otras intervenciones estándares. Es necesario mantener el equilibrio entre mejorar la relación coste-beneficio, sin caer en el excesivo recorte que conlleve perder calidad.

- *Tratamiento Empíricamente Apoyado (TEA)*: es aquella intervención que es capaz de cumplir o alcanzar los criterios de eficacia establecidos por la comisión de la *Task Force* de la APA a través de su división 12 (Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001). En estos criterios se describe que para que un tratamiento sea considerado empíricamente apoyado debe:

“tener al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos demostrando la eficacia en una o más de las siguientes maneras: a) superior (estadísticamente) a fármaco o placebo psicológico u otro tratamiento; b) equivalente a un tratamiento ya establecido. Asimismo, se puede alcanzar este estatus a través de una serie importante de diseños experimentales de caso único ($n > 9$) demostrando eficacia. Estos experimentos deberán: a) usar buenos diseños experimentales; b) comparar la intervención con otro tratamiento. Finalmente, en ambos supuestos se exige que los experimentos estén manualizados, que las características de la muestra estén especificadas y que los efectos se demuestren por al menos dos investigadores o equipos de investigación diferentes” (Chambless y Ollendick, 2001, p. 689).

- *Psicología Clínica Basada en la Evidencia*: la APA lo define como:

“la integración de la mejor investigación con la práctica clínica del profesional en el contexto, cultura, preferencias y características del paciente” (APA, 2006, p. 273).

Así, por *mejor investigación* la APA alude a un amplio cuerpo de evidencia científica extraída de una variedad de diseños y metodologías de investigación que muestren su eficacia. Por otro lado, por *práctica clínica* la APA hace referencia a las competencias alcanzadas por los psicólogos a través de la educación, la formación y los resultados en su práctica.

2. Contextualización histórica: Aparición y desarrollo de los tratamientos psicológicos como alternativa a los problemas de salud mental.

El interés por los problemas de salud mental no es nuevo, aunque es justo decir que en estas últimas décadas ha experimentado un cambio importante. Durante siglos, se ha puesto el foco de interés en el sufrimiento de la *psique*, alma o espíritu intentando por parte de los profesionales responsables dar una explicación, tratamiento y/o cura a éstos.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX los diferentes expertos comienzan a constatar que las teorías y supuestos hasta ese momento vigentes se quedaban cortas. A la luz de este cambio comienzan a desarrollarse diferentes formas de ver los problemas que estaban afectando a la sociedad, y que poco tenían que ver con lo establecido hasta el momento. Impacta en la sociedad la visión del médico S. Freud (1856-1936) sobre las dificultades de la vida cotidiana y su desarrollo teórico sobre los trastornos psicológicos y sobre la psicopatología, además de aventurarse a establecer propuestas terapéuticas novedosas, pero no bien definidas.

El desarrollo de los trastornos y tratamientos vistos desde las directrices marcadas por Freud comienza a cambiar por dos hitos históricos, el primero de ellos el informe de Eysenck en 1952, donde se postula que las terapias existentes hasta ese momento no siempre eran mejores que el no tratamiento o la remisión espontánea, y la aparición de los primeros fármacos y los excelentes resultados que estaban ofreciendo. Se hace necesario un cambio de la terapia hacia intervenciones que comiencen a demostrarse más eficaces.

Al amparo de este escenario comienzan a tomar importancia las terapias conductuales, iniciadas por Wundt (1832-1920), en su laboratorio de psicología experimental. Con una metodología de evaluación rigurosa, basada en la aplicación de operaciones conductuales básicas (Catania, 1992) como son, la observación, la presentación de estímulos, la disposición de consecuentes, la disposición de control antecedente, el establecimiento de funciones motivacionales y la alteración funcional mediante reglas, va adquiriendo datos y prestigio entre los profesionales del momento. Si bien es cierto que abrirse camino entre los profesionales y en la sociedad no fue fácil, en gran parte debido a que la farmacoterapia conseguía hallazgos de

mejora para los diferentes trastornos de forma vertiginosa, además de los ingentes recursos para publicitar estos logros.

Aunque la conocida como Terapia de Conducta es aceptada y valorada, comienza a encontrarse con limitaciones en sus explicaciones teóricas y con su aplicación en algunos trastornos. Todo esto hace que haya una explosión y expansión de los modelos explicativos alternativos basados en aspectos o teorías cognitivas, que además se ajustaron a la metodología de evaluación de la eficacia y demostraron su validez en algunos trastornos como la depresión.

En la década de los 70 continuaban surgiendo nuevos tratamientos llegando en 1986 a datarse más de 400 psicoterapias (Kazdin, 1986), por los 292 diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987). Esta proliferación de tratamientos, en muchos casos oportunistas o con escaso fundamento psicológico, alejó a la psicología de tener una teoría unificada y un lenguaje compartido, lo que allanó el camino de la farmacoterapia que sí lo tenía.

En los años noventa se consolidan muchas de las terapias psicológicas, a la vez que comienza el desarrollo y creación de otras nuevas. Dada dicha proliferación, hoy en día, la investigación se dirige más a la búsqueda de aquellos factores comunes que redunden en potenciar la eficacia de éstas.

Este crecimiento de los tratamientos psicológicos, desde el punto de vista teórico y práctico, se ha ido desarrollando también a la sombra de los cambios sociales, como por ejemplo los conflictos bélicos. Así, a partir de la guerra del Vietnam se comienza a describir los síntomas de lo que después sería el trastorno de estrés postraumático, en el cual los síntomas de reexperimentación y evitación no se solucionaban con tratamiento farmacológico, necesitando de intervenciones psicológicas. También se pueden mencionar los cambios en las estructuras sociales, como fueron la transformación del modelo de familia tradicional, la generalización del uso de las drogas, o más recientemente las nuevas tecnologías de la información que generan nuevas necesidades y dificultades. Igualmente influyó el auge del movimiento asociativo de pacientes y familiares a lo largo del siglo XX reclamando tratamientos psicológicos eficaces. Todo esto determinó el desarrollo de la investigación sobre tratamientos con evidencia empírica para aliviar el sufrimiento.

En paralelo a estos hitos históricos, han ido desarrollándose los manuales diagnósticos, en especial los DSM (DSM-I, 1952; DSM-II, 1968; DSM-III, 1980, DSM-IV, 1994; y DSM-V, 2013) con el fin de arrojar clasificaciones de los diferentes diagnósticos de los trastornos mentales. Así, se empiezan a describir problemas clásicos (depresión, ansiedad, histeria, etc...); se le da importancia a las adicciones (trastornos por consumo de sustancias); se dedica una especial atención a los niños (problemas de la infancia, problema del aprendizaje); a las familias (problemas de pareja, problemas paterno-filiales); o los malestares cotidianos (códigos Z). Estas clasificaciones o categorizaciones han permitido desarrollar investigaciones específicas para trastornos concretos, así como sus tratamientos, ampliando el conocimiento de la psicología, además de su radio de acción.

Ante este panorama en el que cada vez se hace más complicado discernir entre terapias, y especialmente para qué podían servir o cómo podían ayudar cada una, se propulsó desde la Asociación Americana de Psicología el desarrollo de los estudios de eficacia. Para ello se crea un grupo de trabajo para la promoción y disseminación de tratamientos psicológicos eficaces (*'Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures'*), compuesto por profesionales de reconocido prestigio bajo la dirección de Dianne Chambless y, lo más importante, de orientación teórica diversa. Basándose en los avances representados por el DSM-III en 1980 y el manual de Beck, Rush, Shaw y Emery de "Terapia Cognitiva para la depresión" (1979), los miembros de la *Task Force* consideraron como pilares fundamentales de su trabajo la adecuada clasificación nosológica y la posibilidad de manualizar un tratamiento psicológico complejo. En octubre de 1993 se aprueba un informe que intenta reflejar esta idea, y se inicia un proceso de difusión mediante su remisión a diversos grupos de discusión, simposios en la convención anual de la APA y la publicación de resúmenes en 'The Clinical Psychologists', "APA Monitor" y diversas listas de distribución de correo en Psicología Clínica, previo a su publicación formal a principios de 1995. El informe reunía una serie de criterios metodológicos claros para la valoración de los tratamientos psicológicos, basados en la replicabilidad de los tratamientos mediante el desarrollo de manuales, la presencia de grupos de comparación (otros tratamientos o grupos de control), el uso de diseños experimentales claros y muestras bien

especificadas. En función del grado de observancia de estas características, se adscriben los tratamientos a un determinado nivel de eficacia: tratamientos empíricamente validados, tratamientos probablemente eficaces o tratamientos experimentales.

El informe no estuvo exento de polémica y réplicas, destacando las de Garfield (1996) y Silverman (1996). Las limitaciones que estos autores refieren versan sobre; la premura a la hora de sacar conclusiones y generalizaciones; los términos utilizados para catalogar los tipos de tratamientos; el sesgo en la elección de los estudios incluidos para hacer el informe; la excesiva variabilidad de los pacientes y cómo se manifiestan los problemas en las diferentes personas; desacuerdos en la manualización de las terapias; y el riesgo que se está corriendo en convertir al cliente en pasivo ante su proceso, dando más importancia a la técnica.

Después del informe de la *Task Force* de 1995 y de los artículos publicados en respuesta a éste, reseñando las críticas y limitaciones, el propio equipo de la APA, encabezados por Chambless, publicó una serie de actualizaciones (1996, 1998 y 2001).

En el informe de la *Task Force* de 1996 (*An update on empirically validated therapies*, Chambless et al., 1996) el equipo de trabajo intentó dar respuesta a algunas de las críticas planteadas. En consecuencia, cambió algunos términos, moderó algunas consideraciones, reconoció limitaciones, amplió la lista de tratamientos que hasta el momento se habían mostrado “empíricamente validados”, así como los que eran considerados “probablemente eficaces” y elaboró una serie de puntos a tener en cuenta a la hora de utilizar la lista de los tratamientos.

Algunos de los puntos a tener en cuenta se refieren a las críticas que les fueron hechas, por ejemplo, sobre la práctica de los tratamientos con manuales, los cuales, mencionan, deben guiar las intervenciones pero han de ser flexibles o que la lista no sustituye la decisión del profesional sobre qué tratar con el cliente.

Además, proponen algunos objetivos a alcanzar, que guiarán el trabajo de los siguientes años. Esos objetivos fueron; aumentar y completar la lista de los tratamientos en todas las áreas de intervención, especialmente en el campo de la psicología infantil y de los programas de prevención; conseguir más evidencias, con estudios bien controlados, sobre el establecimiento

de los TEAs en diferentes etnias minoritarias; y, por último, abrir la puerta a los estudios en los que se considere no sólo el diagnóstico, sino también más variables de la persona (por ejemplo, de personalidad) que puedan influir, positiva o negativamente, en la implementación de los tratamientos. A raíz de esto, animaron a los investigadores a trabajar y aportar datos sobre la interacción entre el tratamiento y las aptitudes (Aptitude X Treatment Interactions, ATIs).

Por último, en este informe aconsejan que:

” [...] leer sólo un área específica es promover la ignorancia en otras áreas. Clínicos que sólo leen de terapia cognitiva, conductual, dinámica, familiar, etc., continuarán ignorando los tratamientos empíricamente validados que pueden ser relevantes para los pacientes” (Task Force, 1996, p. 4).

En esta actualización, la ‘Task Force’ continúa manteniendo los criterios que son necesarios para que un tratamiento sea considerado “empíricamente validado” o “probablemente eficaz”.

La segunda revisión del trabajo inicial de 1995 se produjo en 1998 (*An update on empirically validated therapies II*, Chambless et al., 1998). En este texto se vuelve a aumentar el número de tratamientos que son incluidos en las listas como “empíricamente validados” o “probablemente eficaces”. Además, cubre uno de los objetivos que se marcaban en el anterior trabajo e incluye una lista más amplia de tratamientos para trastornos infanto-juveniles, así como, se presentan terapias que comienzan a mostrar su eficacia en el área familiar, de pareja, sexual y de problemas de salud.

Se comienza a hacer referencia a la diferencia existente entre eficacia (validez interna) y efectividad (validez externa) e intentan hacer una clara distinción entre ambos términos.

Finalmente, en la última actualización del informe de la ‘Task Force’ (*Empirically supported psychological interventions: controversies and evidences*, Chambless y Ollendick, 2001) los autores continúan insistiendo en la necesidad de este tipo de trabajos por el bienestar del paciente, así como la importancia de los clínicos por permanecer actualizados, renovando sus conocimientos.

En la adaptación de esta tercera versión, se siguen cubriendo objetivos programados. Aparece una tabla totalmente independiente de tratamientos para niños y adolescentes donde se aporta información sobre las estrategias que han mostrado validez interna. Del mismo modo, aumenta el número de tratamientos que atesoran algún tipo de evidencia.

Una novedad reseñable es que los autores tienen en consideración la clasificación de los tratamientos de otros grupos de trabajo, posibilitando la participación de otros profesionales en la validación y categorización de las terapias.

Los puntos en los que vuelven a incidir, y que marcan el trabajo actual de la ‘*Task Force*’, son:

- Insistir en la importancia de describir la muestra para generalizar los resultados, animando a los investigadores a esforzarse en este objetivo. Este trabajo continúa, de hecho Sue y Zane escribe:

“...los estudios empíricamente validados en los grupos étnicos es relativamente un área nueva [...], la actualización de 1996 apuesta por estudios psicológicos rigurosos en diferentes etnias, sin embargo, estos están viniendo despacio” (Sue y Zane, 2006, p. 332).

- Insistir en una buena definición de las variables independientes y de manualizar los tratamientos, ya que un tratamiento manualizado o descrito claramente es necesario para probar la validez del mismo, puesto que etiquetas generales (terapia cognitiva o psicodinámico) pueden generar ambigüedades o no ser reproducibles. Además ninguna de las críticas marcadas hasta el momento para los TEAs por otros autores (peor alianza y menor eficacia) han sido demostradas.
- Insistir en la falta de evidencias, y que este sea el trabajo futuro, en el área de la interacción de las aptitudes del cliente y del tratamiento.

Finalmente, reconocen que hay un camino que recorrer entre la eficacia y la efectividad. Aunque la efectividad va acumulando datos empíricos (por ejemplo, para el trastorno de pánico a través del estudio de Wade, Treat y Stuart, 1998), el grueso de estudios sobre este asunto

todavía es pequeño, haciéndose necesario volcar parte de los esfuerzos en comenzar a probar la efectividad o utilidad clínica de las terapias.

A pesar de las críticas, este tipo de iniciativas se hacen necesarias para discernir no sólo qué tratamiento es eficaz, sino en qué condiciones y para qué personas y en el menor tiempo posible. Estos estudios han provocado el desarrollo de organizaciones que ofrecen una continua actualización sobre los tratamientos y su puesta en práctica, como por ejemplo la *Cochrane Collaboration* o las guías de la *National Institute for Health and Care Excellent* (NICE).

La justificación e importancia de los tratamientos psicológicos, así como su desarrollo y evolución, viene dada por la realidad de la presencia de trastornos mentales en nuestra sociedad, como muestran los datos epidemiológicos. En la Estrategia Nacional de Salud Mental 2009-2013 (2011) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se informa de una prevalencia vital de trastornos mentales del 19.5% de los españoles, además, si se tiene en cuenta el concepto “mala salud mental”, estado que puede generar descenso de la calidad de vida y puede ser susceptible de tratamiento, el porcentaje se dispara hasta un 21.5%. Más concretamente, para los trastorno de Fobia Social y Angustia con Agorafobia, que son dos de los problemas con los que se trabaja en este estudio, la guía de la National Institute for Health and Care Excellent (NICE, 2013) menciona una prevalencia de 12% para la fobia social y un 5% para el trastorno de angustia con agorafobia. Otros datos epidemiológicos ofrecidos por uno de los manuales clasificatorios más populares, como es el DSM-IV-TR (APA, 2000), informa de una prevalencia para la fobia social de entre 3% - 13% y para el trastorno de angustia con agorafobia de entre 1.5% - 3%. Finalmente, y para aportar datos concretos de España, la prevalencia-año citado por la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) para la fobia social es de 0.60% para el total de la población española, 0.57% para los hombres y 0.64% mujeres. En la prevalencia-vital los datos giran en torno 1.17% para el total de la población española, siendo 1.06% y 1.28% para los hombres y las mujeres respectivamente. En cuanto al trastorno de angustia con agorafobia se indica que la prevalencia-

año total es de 0.69% (distribuyéndose este dato en un 0.38% para los varones y un 0.98% para las mujeres). En cuanto a la prevalencia-vital se halla que un 1.70% del total de la población podría sufrir este trastorno mental, un 0.95% de los hombres y un 2.39% de las mujeres.

Ante este panorama en el que se evidencia mayor prevalencia de malestar en la sociedad, es esperable un aumento de la demanda de atención psicológica, especialmente cuando los fármacos no aportan los resultados esperados. Por ello la psicología clínica jugará en este horizonte de la salud mental un papel muy relevante.

3. Contexto actual: Eficacia, costes y eficiencia de los Tratamientos Psicológicos y Farmacológicos.

3.1. Eficacia

La convivencia en la sociedad de los tratamientos psicológicos y de los tratamientos farmacológicos se extiende a varias décadas atrás. Ambos acercamientos comparten la misma idea de ayuda al paciente y lo que persiguen es un alivio del sufrimiento. Esto ha provocado también que ambas terapias vean la necesidad de un desarrollo y mejora en sus intervenciones, así como pruebas que demuestren su valía para aliviar a la población.

Un aspecto que no es compartido por estas intervenciones es el modelo desde el cual se trata de ayudar al individuo. Mientras que los tratamientos farmacológicos ponen el foco de interés en los factores biológicos de los trastornos, el acercamiento psicológico da importancia a los factores psicosociales y de relación. Esto hace difícil comparar la eficacia entre ambas aproximaciones. No obstante, hay estudios y revisiones que señalan esta eficacia compartida. En la revisión llevada por la revista *Psicothema* en el año 2001 (volumen 12, número 3) se informaba de la eficacia de las intervenciones farmacológicas y psicológicas para trastornos como el obsesivo-compulsivo, la ansiedad generalizada o el trastorno de pánico. Trabajos más recientes siguen resaltando esta tendencia para algunas categorías diagnósticas (Bandelow, Lichte, Rudolf, Wiltink y Beutel, 2014; Clark et. al, 2003; Guía NICE, 2011; y Rosa, Sánchez-Meca, Olivares y López, 2002).

Así, se puede decir que la eficacia de ambas intervenciones, por separado, está constatada. Sin embargo ninguna de ellas alcanza el 100% de eficacia. Por ello, en algunos casos se ha pensado que combinar ambos tipos de tratamientos maximizaría la mejora. No obstante, la literatura científica al respecto de la combinación de ambos tipos de tratamiento señala, a la luz de los resultados, que no se puede asegurar que la combinación mejore los resultados de cada una por separado (Gavino, 2004; Sammons y Schmidt, 2001; van Apeldoorn et al., 2008). Aun así, cabe mencionar que existe algo más de acuerdo al hacer referencia a trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, donde la combinación de ambas estrategias sí parece presentar un efecto de sinergia (Thase y Jindal, 2004; Vallina, Lemos y Fernández, 2010).

González y Pérez (2007) reflexionan sobre la idea de que mezclar intervenciones no es mejor que aplicarlas por separado. Según estos autores, esto es esperar que cada tratamiento afecte a partes y mecanismos diferentes de las personas, cosa que parece difícil ante la indivisibilidad y compartimentación de los problemas y de las personas. El conocer los mecanismos de acción de las diferentes terapias parece que es un área pendiente de investigación.

Finalmente, en los estudios en los que se combina tratamiento psicológico y farmacológico se informa de efectos positivos y negativos en los procesos de cambio de la persona. Así la administración de fármacos parece ser positiva en el control de la ansiedad excesiva y también parece que en ocasiones sirve para motivar. En otros muchos casos se han descritos efectos iatrogénicos de la administración farmacológica. Como ejemplo se menciona que la ingesta de medicamentos puede interferir en el rendimiento motor o cognitivo necesarios a la hora de aplicar exitosamente una técnica (Gavino, 2004), o contrario a lo mencionado antes, se han descrito procesos en los que el paciente se desmotiva para llevar a cabo un tratamiento más integral al hacer una asunción unicausal de su problema y tratándolo sólo desde un punto de vista biológico (González y Pérez, 2007).

Por lo tanto, actualmente se cuenta con diversas estrategias eficaces para hacer frente a algunos trastornos mentales, lo que ofrece al clínico y al paciente un mayor abanico de opciones

y un margen de maniobra si la apuesta por uno de ellas no funciona como se esperaba. Ante la posibilidad de elegir, se debe comenzar a tener en cuenta qué tratamiento se adapta mejor a la persona, su problema y su situación vital, así como qué tratamiento puede generar más beneficio a largo plazo con menor carga de efectos secundarios. Esto parece importante ya que se le puede dar al paciente la opción de elegir, haciendo que esta elección también favorezca la recuperación de la persona sintiéndose involucrada y comprometida con su opción terapéutica desde el principio.

3.2. Costes

Se puede considerar que una parte del éxito del tratamiento farmacológico giró en torno a que este tipo de intervención parecía mostrarse más económica tanto para los usuarios como para las administraciones públicas. De hecho, cuando los tratamientos psicológicos comenzaron a introducirse en los diferentes ámbitos sociales parecían ir en oposición directa con una de las directrices básicas del sistema sanitario: conseguir lo mejor con el menor coste. No obstante, esta idea se ha ido desvaneciendo gracias a estudios como el de Antonuccio, Thomas y Danton (1997) donde se hallaba que el tratamiento farmacológico (Prozac ®) para la depresión era un 33% más caro que la terapia psicológica individual y la combinación de fármacos más terapia psicológica era un 23% más cara que la psicológica en solitario.

Aunque no hay publicada demasiada información sobre este tema, sí que los resultados hallados por Antonuccio et al. (1997) animaron a otros investigadores a trabajar sobre esta idea. Otto, Pollack y Maki (2000) mencionan un coste de la terapia psicológica para el trastorno de pánico de 871€. Cantidades similares encuentran Kenardy, Dow, Johnston, Newman, Thomson y Taylor (2003) para el mismo problema. Van Apeldoorn, Stant, van Hout, Mersch y den Boer, (2014) también llegan a la conclusión de que la terapia psicológica es más económica que la farmacológica.

No se dispone de suficiente información para saber si estos gastos anteriormente mencionados son elevados, ya que se carece de los costes reales de los tratamientos farmacológicos para poder compararlos. De este modo los autores de los artículos de la presente

tesis en parte de su trabajo han llevado a cabo análisis aproximados de lo que puede llegar a costar el tratamiento psicológico y farmacológico y poder así hacer comparaciones entre ambos. Para calcular el precio medio se ha cogido como referencia el precio por sesión vigente en la Clínica Universitaria de Psicología (48€/sesión). Aunque éste no ha sido el precio durante todos los años de servicio de la clínica, sí ha sido el que más tiempo ha prevalecido (los anteriores precios eran inferiores al mencionado). Asimismo, se ofrece el precio medio estimado, solamente en fármacos, que generaría el tratamiento farmacológico de referencia para cada trastorno (Baldwin et al., 2005), calculado a través de las recomendaciones de las dosis mínimas terapéuticas de este tratamiento (Bravo, 2002), la duración del tratamiento farmacológico (Baldwin et al., 2005) y de los precios establecidos por la Delegación General de Farmacia (BOE, 2007). No se incluyen los costes de personal (médico, administrativo, de servicios, etc.). Para el trastorno de angustia con agorafobia (Ballesteros y Labrador, 2014) se estima un gasto medio para los pacientes que alcanzarían el alta con la terapia psicológica de 945€, por los 870€ que tendría el tratamiento farmacológico (clorimipramina). En Labrador y Ballesteros (2011) se informa de un coste medio de la terapia psicológica para la fobia social de 960€. Con este mismo trastorno, pero con una ampliación de la muestra, en un estudio todavía sin publicar de Ballesteros y Labrador, se informa de un coste medio para los pacientes que finalizan el tratamiento de 1200€, en ambos casos el gasto farmacológico para el tratamiento de referencia (venlafaxina) ascendería a 487.2€. El precio de la intervención psicológica parece más elevado, pero a los precios del tratamiento farmacológico hay que añadir el resto de los costes no contemplados (salarios de terapeutas y otros profesionales, personal de servicio, gastos en locales y mantenimiento, etc.). En esta dirección Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee y Meltzer (2001) o Acarturk, Smit, Graaf, van Straten, Ten Have y Cuijpers (2009) señalan el gasto que supone padecer fobia social en el Reino Unido y Holanda, indicando que el coste medio anual por persona varía entre los 2000€ y casi 12000€, en conceptos como visitas al médico de atención primaria, improductividad laboral, visitas médicas a domicilio o días en el hospital, generando mayor carga al sistema.

Como se puede apreciar los precios son parecidos en el trastorno de angustia y algo más dispares en la fobia social. Se insiste en que éstas son primeras aproximaciones, ya que, como menciona Bravo (2002) a los costes del tratamiento farmacológico habría que sumarle los costes en personal y de los propios centros médicos, también los consabidos efectos secundarios de los medicamentos, así como posibles síndromes de discontinuación, especialmente en los antidepresivos. Estos efectos secundarios y efectos de discontinuación, en ocasiones son tratados o paliados, por una parte, con la prescripción de nuevos fármacos, con lo cual el gasto en medicamentos aumenta, y por otra con el alargamiento de la pauta farmacológica para intentar evitar en la medida de lo posible los efectos antes descritos. Frances (2014) habla de que hay costes “ocultos” en el tratamiento farmacológico a corto y a largo plazo. A corto plazo menciona las costosas visitas a los servicios de urgencias y las hospitalizaciones por las sobredosis, a largo plazo están las complicaciones médicas y psiquiátricas relacionadas con la obesidad, la diabetes y las dolencias cardiacas. Todos estos gastos extras no se han podido tener en cuenta para nuestro análisis.

3.3. Eficiencia

Hasta aquí se ha hablado de la eficacia y del coste que puede tener cada uno de los tratamientos mencionados, pero no de eficiencia, entendida como la relación coste y resultados, siendo éste un concepto complejo y de máxima relevancia a tenor de las exigencias sociales actuales.

Este tipo de estudios se está haciendo cada vez más necesario, no sólo por las exigencias de las personas afectadas, sino también porque los sistemas nacionales de salud están sometidos a una gran presión por costear solamente aquello que se ve eficaz y al menor coste. Es aquí donde los análisis y estudios de eficiencia cobran importancia pues son los que deben guiar la toma de decisiones en la elección de un tipo de tratamiento u otro, especialmente en este momento que coexisten los tratamientos más tradicionales (psicofármacos, terapia cognitivo-conductual, etc...) con otras aproximaciones más novedosas (terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, etc...).

En 1990, Deysky y Naglie publicaron una de las primeras guías de eficiencia para los clínicos. A este trabajo le siguieron otros en la misma línea, ya en el campo de la psicología. Lazar (2010) hace un recorrido por los trabajos más relevantes en la materia en el trastorno de depresión unipolar. La conclusión a la que llega es que la psicoterapia es eficiente para los trastornos de depresión. Esta deducción no está exenta de problemas, pues a lo largo de los diferentes años y estudios cada autor se ha ido fijando en un concepto diferente de eficiencia. En el año 2000, diez años después de la primera guía de eficiencia, la APA a través de su página web (<http://www.apa.org/monitor/jan00/pr2.aspx>) publica la entrevista con Pomerantz en la cual éste admite que la psicoterapia es eficiente, y no sólo eso, sino que lo es en mayor medida que los psicofármacos. Estos resultados no son incompatibles con que el tratamiento farmacológico también se muestre eficiente. Como ejemplo de esto cabe mencionar el artículo de Patel, Chisholm, Rabe-Hesketh, Dias-Saxena, Andrew y Mann (2003) que con una población hindú, observan que el tratamiento con antidepresivos muestra más eficiencia que cualquier otro tipo de tratamiento. En este trabajo sí que cogen medidas variadas que evalúan la eficiencia como el coste de los tratamientos, el coste para la familia, satisfacción, etc. Los propios autores comentan que los resultados no son del todo generalizables pues la idiosincrasia de la población que estudian (país en vías de desarrollo, problemas sociales, poca educación, entre otras) puede estar condicionando los resultados. La combinación de ambas terapias también ha sido objeto de estudio en un trabajo de 2007 a cargo de McHugh, Otto, Barlow, Gorman, Shear y Woods. Refieren que el uso de una sola terapia eficaz, ya sea psicológica o farmacológica, para el trastorno de pánico, es más eficiente que la combinación de ambas. Igualmente, calculan que la mejor relación de coste-eficiencia en la fase aguda es el tratamiento farmacológico (con un gasto del tratamiento aproximadamente de 779€), pero en el mantenimiento y a largo plazo la terapia psicológica tiene una relación de coste-eficiencia mejor (con un gasto del tratamiento psicológico aproximadamente de 970€), describiéndola como la más rentable. Finalmente, en uno de los estudios más recientemente publicados sobre la eficiencia (van Apeldoorn et al., 2014), también en los problemas de angustia y agorafobia, se mencionan resultados como que el tratamiento cognitivo-conductual está asociado a un menor gasto social (se tienen en cuenta

costes médicos directos, costes no médicos directos y costes no médicos indirectos). Asimismo, y en contra de lo comentado en el anterior trabajo, parece que la combinación de tratamientos eficaces es mejor que el tratamiento solo de fármacos.

Como conclusión, avanzar en el conocimiento de la eficiencia, que no en el recorte económico, se hace necesario para tomar las mejores decisiones en cuanto al tipo o tipos de terapias a ofrecer o aplicar. Sin embargo el estado de la cuestión no está todavía absolutamente claro. Los diferentes esfuerzos en esta línea parece que están dando resultados poco generalizables pues, como se comentaba anteriormente, no hay un criterio único o estándar para medir la eficiencia de las terapias, ya que en cada trabajo y en cada país se le está dando relevancia a un factor u otro. Parece conveniente establecer criterios unitarios para poder comparar la “relación coste-efectividad incremental” (*incremental cost-effectiveness ratio (ICER)*). En esta línea se comienza a sugerir en los estudios de eficiencia de los tratamiento de salud mental la medida de “años ganados ajustados por calidad de vida” (*Quality Adjusted Life Year, QALY*), medida tanto de calidad como de cantidad y reconocida internacionalmente (Ioannidis y Garber, 2011).

4. La importancia de informar a la sociedad: usuarios, profesionales y agencias de salud.

Aunque los tratamientos psicológicos van adquiriendo más importancia en la sociedad y cada vez se van acumulando más datos sobre su eficacia y efectividad, como se viene mencionando en este trabajo, se tiene la sensación de que las terapias no validadas empíricamente “*se utilizan con más frecuencia en la práctica cotidiana, produciéndose un desfase entre lo que se conoce y se hace*” (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010, p. 93). Esto debe llevar a una reflexión por parte de los profesionales y de las organizaciones para asumir la responsabilidad de difundir estos conocimientos y que lleguen a la sociedad convirtiendo lo “*útil en lo utilizado*” (Echeburúa et al., 2010, p. 93).

Esta limitación en la difusión del conocimiento lleva aparejada problemas que afectan tanto a los profesionales en su desempeño, a los usuarios en sus elecciones y a las agencias de salud y estamentos públicos a la hora de planificar sus inversiones.

Si bien es cierto que se están haciendo esfuerzos por conseguir que los resultados lleguen a todos los ámbitos de la sociedad, véase por ejemplo la organización frecuente de Congresos y Simposios o la edición de Revistas Científicas, guía de recomendaciones clínicas, etc..., parece que éstos solamente están al alcance de los profesionales, y ni siquiera de todos, pues por diferentes razones no todos los psicólogos quieren o pueden participar de esto. Si es difícil en ocasiones hacer llegar los resultados a los primeros interesados, es de imaginar lo complicado de hacerlos llegar al resto de los implicados, como por ejemplo el paciente, las agencias de salud o los organismos públicos.

El papel y trabajo del psicólogo es importante y de mucha utilidad, por ello parece determinante que se sigan haciendo esfuerzos por poner en evidencia esas funciones y resultados a través de informes contundentes, claros y precisos, así como guías de fácil uso y consulta y disponibles de manera sencilla, adaptadas al sector al que se lance (profesionales, usuarios o agencias), además de que éstas tengan un certificado de calidad avalado por las asociaciones de psicología de máxima relevancia en cada país. También se considera que puede ser de gran utilidad hacer más partícipes a los propios pacientes en algunas de las acciones formativas o divulgativas, así esto llevará a que se fomente la implicación, por parte de todos, de buscar y optar por lo que funciona.

Se considera pues, que la elección del tratamiento por parte del paciente no debería depender de las estrategias de *marketing* del profesional o empresa que se anuncia, ni de las modas, sino de poder disponer de información suficiente y accesible sobre cuáles son las terapias que están demostrando su valía.

Si se consigue que todo el conocimiento acumulado llegue a la sociedad, y a poder ser en un espacio breve de tiempo, pues la psicología lleva desventaja con respecto a otras intervenciones de salud mental como las farmacológicas, se conseguirá por un lado que se pueda comparar la eficacia entre las diferentes opciones de intervención que se ofrecen y por otro, que se aumente la confianza en una profesión que poco a poco sí va teniendo el reconocimiento que merece, pero que parece estar todavía a merced de gustos, opiniones o impresiones.

5. Justificación e importancia de los estudios de eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos en el ámbito aplicado.

Aunque la importancia de saber cómo funcionan los tratamientos que se han mostrado eficaces no es nueva, sí ha alcanzado auge en los últimos años gracias a las recomendaciones de Chambless et al. (1998) sobre la urgencia de dar este paso. Se empieza a tener en cuenta que las características del paciente y las circunstancias psicosociales que le rodean influyen a la hora de dar forma a los tratamientos, lo cual exige que éstos sean más flexibles, viéndose los clínicos en la obligatoriedad de volver constantemente a las hipótesis inicialmente planteadas desde la formulación clínica. Esto hace que se consiga un tratamiento empíricamente validado más personalizado, sin que pierda su eficacia o su garantía.

También cabe mencionar que esta necesidad se acusa a raíz de los rápidos cambios que sufre la sociedad en general. Así por ejemplo, se puede mencionar la necesidad de hacer intervenciones más rápidas y certeras en el sistema público de salud, que lleguen a la mayor cantidad posible de personas y que no requieran de mucho gasto público. Por otra parte, los demandantes de asistencia psicológica también reclaman más celeridad y precisión a la hora de atajar su sufrimiento, exigiendo un servicio de alta calidad y que cumpla sus expectativas.

Aparte de la relevancia que está adquiriendo la Psicología Clínica Basada en la Evidencia, se pueden mencionar algunas de las ventajas que ofrecen los estudios de eficacia y efectividad en el ámbito de la psicología clínica, tanto para los usuarios como para los profesionales.

Así, por un lado, para los usuarios de los servicios de salud mental, el derecho de conocer a qué terapia se están acogiendo y sus implicaciones les brinda la oportunidad de poder considerar si esa intervención es la que más les conviene o más se ajusta a sus necesidades; hecho que por otra parte exige la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica* de noviembre de 2002, *BOE n.º 274*, 40126-40132. Este aspecto es de gran importancia ante el panorama actual de la psicología donde la oferta de tratamientos que tiene el cliente es muy extensa, de hecho se aproxima a unas 300 según González y Pérez (2007) o a más de 400 según Kazdin (1986).

Por otra parte, habitualmente no es el propio receptor de la intervención quien se hace cargo de las cuotas de la terapia, sino una agencia gubernamental o una compañía aseguradora generalmente privada; gracias al conocimiento de qué tipo de tratamientos funcionan, éstas pueden contar con criterios más claros para una adecuada financiación.

Para los terapeutas, este tipo de estudios podrá hacer que se sientan más reconocidos en sus prácticas, así como más seguros con lo que hacen, aumentando su confianza al constatar que lo que aplican es válido para los problemas a los que tienen que enfrentarse. En palabras de Harper, Gannon y Robinson (2013, p. 33), “*reducir la tensión entre el ámbito de la investigación y la psicología aplicada*”. Esto animará a los estudiantes a implicarse en la actualización de las terapias que funcionan. Finalmente, los estudiantes verán emparejada la parte teórica de los tratamientos con la práctica, cumpliendo con el consenso de que “*la práctica de la psicología clínica tenga un sustento en evidencias empíricas*” (Estupiñá, 2012, p. 48). Aparte, hay que comenzar a entender la práctica clínica y la práctica aplicada como complementarias y necesarias para un mayor y mejor desarrollo del cuerpo de conocimiento de la psicología, ofreciendo mejores tratamientos e incluso abordajes novedosos (Hayes, 2013 p. 305; Olivares, Macià, Olivares-Olivares, Rosa, 2012).

Para los profesores y docentes que se encargan de formar a los nuevos psicólogos, estos estudios vienen a marcar en qué clase de terapias se debe formar a los estudiantes, ofreciendo conocimiento sólo de lo que se está mostrando útil. Se debe fomentar esto para evitar que se cree una excesiva variabilidad en la futura práctica profesional y así promover una toma de decisiones basada en datos.

En último lugar, estos estudios están aportando representaciones realistas de la demanda en la práctica asistencial, con características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con descripciones de lo que ocurre verdaderamente en el ámbito aplicado.

Los trabajos que estudian la efectividad suelen tener limitaciones metodológicas relacionadas con la validez interna o la dificultad en ocasiones de reproducir el cien por cien de la intervención. A este respecto, Chambless y Hollon (1998) destacan la ganancia en la validez

externa. Asimismo, se menciona la reducción del efecto placebo, pues no se hace presente la querencia de hacerlo bien o lo que se espera que se haga (Clifford, 2013 p. 20), ya que el cliente es más exigente y abona una tarifa, demandando resultados al profesional. Finalmente, mencionar que muchos de los estudios controlados no usan sujetos que representan a la población, sino estudiantes, lo que disminuye la potencia estadística con pacientes clínicos reales (Kazdin, 1994). Esto hace que se vaya superando la barrera de los estudios controlados aleatorizados, que si bien son fundamentales para el avance del conocimiento, no están ofreciendo toda la información necesaria a los clínicos para sus intervenciones.

Además, siguiendo las reflexiones de Labrador y Crespo (2012) no merece la pena tener un tratamiento altamente eficaz si no se comprueba su generalización a la clínica cotidiana. Hay que apostar por seguir creciendo en este tipo de conocimiento, no en vano Seligman reflexionaba

“no creo que los estudios de eficacia sean la única, ni siquiera la mejor, manera de averiguar qué tratamientos funcionan en psicología. He llegado a creer que los estudios de efectividad sobre cómo le va al paciente bajo las condiciones de un tratamiento aplicado pueden producir una validación útil y creíble de la psicoterapia”
(Seligman 1995, p. 966).

El reconocimiento social que ha alcanzado la psicología no solamente se debe a los buenos resultados en los laboratorios, sino a los buenos resultados en las clínicas.

OBJETIVOS

Los trastornos de salud mental se van extendiendo y haciendo cada vez más comunes y las intervenciones terapéuticas al respecto más demandadas, por lo que cada vez adquiere mayor relevancia la utilización por parte de los psicólogos clínicos de los tratamientos mejor sustentados tanto en eficacia como en efectividad, dadas las ventajas constatadas con su uso para todos los participantes. Dentro de estos trastornos los más frecuentes sin duda son los trastornos de ansiedad.

En relación con esto la presente tesis tiene fundamentalmente dos objetivos. Por un lado se busca confirmar si los Tratamientos Empíricamente Apoyados (TEA) se están mostrando efectivos en el ámbito aplicado, reduciendo así la separación entre el ámbito de la investigación y las clínicas asistenciales. Dentro de este objetivo se encuentra también continuar describiendo las realidades de las clínicas de psicología, con descripciones de los demandantes de atención, listados de los problemas más habituales por los que se demanda la ayuda profesional de un psicólogo, descripciones de la duración de las terapias, los costes estimados que le puede acarrear al paciente una terapia psicológica y el porcentaje de personas que se pueden beneficiar de este tipo de intervenciones.

En segundo lugar se pretende que el presente texto sirva de ayuda a la divulgación del conocimiento entre los profesionales de la psicología y que facilite la toma de decisiones en momentos de incertidumbre con respecto a qué intervenciones se están mostrando válidas y para qué trastornos en las clínicas asistenciales.

MÉTODO

Participantes

Los trabajos presentados en esta tesis se han llevado a cabo con población de centros distintos, así como también se ha contado con grupos de profesionales diferentes. A continuación se pasa a describir las características de cada uno de ellos:

Unidad de Psicología Clínica: es un centro vinculado con el Máster en Psicología Clínica y de la Salud impartido en la Universidad Complutense de Madrid (UCM) desde 1988. Tiene un objetivo doble, por un lado prestar a sus usuarios unos servicios psicológicos asistenciales de calidad, y por el otro facilitar un servicio dónde llevar a cabo actividades profesionales de psicología clínica del mencionado Máster, en especial el entrenamiento de los profesionales de la psicología. La Unidad de Psicología Clínica (UPC) es un centro abierto al público en general y la atención psicológica dispensada es gratuita. Se acepta a todo tipo de pacientes, a demanda de los mismos, siendo el único requisito de exclusión que requieran de hospitalización. El tiempo medio de lista de espera oscila entre 1 y 3 meses. El centro recaba información sobre los pacientes con fines clínicos y de investigación, acontecimiento notificado a los usuarios en el momento de iniciarse la terapia, exigiéndoles la aceptación y firma de un contrato terapéutico en el que se explicitan estas condiciones.

Clínica Universitaria de Psicología de la UCM: es un centro sin ánimo de lucro de la UCM, adscrito a la Facultad de Psicología y creado para dar apoyo a la docencia y a la investigación en el ámbito de la Psicología. Inaugurada en mayo de 1999, presta sus servicios desde junio de ese mismo año. Los objetivos principales de este centro se pueden resumir en; a) proporcionar a los alumnos de Psicología de la UCM un adiestramiento clínico bajo supervisión especializada; b) ayudar a mejorar la calidad de la enseñanza de los alumnos de psicología; c) desarrollar proyectos de investigación en las áreas de la Psicología Clínica y de la Salud; d) proporcionar formación continuada al profesorado; e) proporcionar formación continua de profesionales; y f) prestar unos servicios psicológicos asistenciales continuados de calidad, eficaces y eficientes. La Clínica Universitaria de Psicología (CUP) está reconocida como centro sanitario por la Comunidad de Madrid (CS 1334).

Terapeutas de la Unidad de Psicología Clínica: se contó con aproximadamente 96 terapeutas por año, 48 terapeutas de 1º curso y 48 de 2º del citado Máster. El 80% de los terapeutas son mujeres. Para cada caso se establecía un equipo terapéutico formado por un alumno de 1º y otro de 2º. Todos los terapeutas son licenciados en Psicología, con edades comprendidas entre los 23 y los 27 años, que tienen una formación cognitivo-conductual y al menos uno de ellos tiene un año de experiencia en Psicología Clínica bajo supervisión y un año de formación en el citado Máster. Todos los terapeutas utilizan tratamientos psicológicos empíricamente apoyados y sus actuaciones en cada uno de los casos son supervisadas de manera continua (una vez cada 10-15 días) por varios tutores del Máster, expertos de reconocido prestigio, todos ellos Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica.

Terapeutas de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM: licenciados en psicología con al menos un título de postgrado de nivel Magíster, que acredite su especialización en evaluación y tratamiento de trastornos psicológicos, siendo el más habitual el Magíster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. Tienen una formación cognitivo-conductual y entre uno y tres años de práctica clínica supervisada previa a su incorporación a la CUP. Con edades entre 25-29 años, el 71% son mujeres. Utilizan tratamientos empíricamente apoyados en sus intervenciones que están supervisadas por profesionales de reconocido prestigio en psicología clínica.

Pacientes de la Unidad de Psicología Clínica: Se incluyen a los pacientes, atendidos entre los años 2003 y 2006, que hayan finalizado su tratamiento por cumplimiento de objetivos (*altas*), antes de 34 sesiones. También se contó con los que se encuentran en tratamiento, así como *altas* y *bajas* (salidas del tratamiento sin cumplimiento de objetivos terapéuticos) que hayan recibido 35 o más sesiones. No se incluyen los pacientes aún en tratamiento con menos de 35 sesiones, o dados de *baja* con menos de 34 sesiones. En total se consideran 122 pacientes, de entre los cuales, 38 son varones (31.15 %) y 84 mujeres (68.85%), con un rango de edad entre 6 y 77 años, obteniéndose una media de edad próxima a 32 años.

Pacientes de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM: se seleccionó a todos los pacientes, mayores de 18 años, que recibieron tratamiento entre 1999-2008, y estaban en fase de alta, baja, abandono o seguimiento. Según el diagnóstico de interés (Fobia Social o Trastorno de Angustia con Agorafobia), para cada estudio resultó una muestra diferente, así del total de 1550 pacientes, 71 cumplieron los criterios de Fobia Social (el 4.6% de la muestra total, y el 20.2% de los trastornos de ansiedad) y 50 los criterios de Angustia con Agorafobia (3.5% del total de la muestra y 14.2% de los trastornos de ansiedad).

Variables

Variable Independiente: cada profesional llevó a cabo la aplicación del Tratamiento Empíricamente Apoyado (TEA) para cada uno de los trastornos. Cada terapeuta aplicó este tipo de tratamiento de forma individualizada y autocorrectiva según la evolución del paciente y basada en la formulación clínica del caso.

Variables Dependientes (varían dependiendo del estudio presentado):

- Sociodemográficas: sexo, estado civil, profesión y nivel de estudios.
- Clínicas:
 - Fase del tratamiento: donde *alta* es la finalización del proceso por consecución de todos los objetivos terapéuticos, para esto se tiene en cuenta que las puntuaciones de los cuestionarios de evaluación estuvieran por debajo del punto de corte que los autores señalan y la ausencia de criterios diagnósticos en la readministración de entrevista semiestructurada; *baja*, la finalización del tratamiento antes de terminar la evaluación; *abandono*, la finalización del tratamiento, tras la evaluación, pero sin haber alcanzado los objetivos terapéuticos consensuados en el plan de tratamiento; y *seguimiento*, el paciente ha alcanzado los objetivos propuestos pero está en el periodo de consolidación de los mismos.
 - Presencia de comorbilidad.

- Existencia de problema en el Eje III y/o IV.
- Puntuación en las escalas y/o inventarios de evaluación utilizados.
- De tratamiento:
 - Número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento.
 - Número de objetivos terapéuticos abordados.
 - Técnicas terapéuticas utilizadas.
- Variables económicas:
 - Coste del proceso terapéutico.

Instrumentos

Los terapeutas que intervenían en los tratamientos utilizaron las estrategias de evaluación basadas en la literatura científica. Así, para la determinación de un diagnóstico se utilizaban:

- Guía de entrevista semiestructurada (Muñoz, 2003).
- Autorregistros elaborados *ad hoc*.
- Cuestionarios y autoinformes recomendados por la literatura para cada uno de los trastornos.

Más concretamente, para los estudios en lo que se incide en un diagnóstico se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- *Inventario de Depresión de Beck* (BDI) (adaptación al español de Vázquez y Sanz, 1991; y Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).
- *La Escala de Evitación y Malestar Social* (SAD) (Adaptación española de Bobes, Badía, Luque, García, González y Dal-Ré, 1999).
- *Escala de Temor a la Evaluación Negativa* (FNE) (adaptación al español de Gironde, 1980).
- *Cuestionario de Sensaciones Corporales* (BSQ) (Adaptación española de Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

- *Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ)* (adaptación al español de Comeche et al., 1995).

Procedimientos

Procedimiento con la muestra de la Unidad de Psicología Clínica: Los participantes del estudio, usuarios de la UPC, recibieron tratamiento psicológico específico en respuesta a la demanda que hacían. Tras un contacto directo o telefónico para demandar asistencia, se pasaba cada caso a uno de los tutores del citado Máster que lo asignaba a una pareja de terapeutas. Tras la evaluación y formulación del caso (promedio 3-4 sesiones), se procedía a su defensa, previa presentación del informe clínico, ante el tutor y otros 14 psicoterapeutas. Tras la discusión, el tutor aprobaba la pertinencia del tratamiento o establecía las modificaciones necesarias para su aprobación. Aprobada la propuesta de tratamiento, los terapeutas procedían a desarrollar éste hasta la consecución de los objetivos terapéuticos (alta). En algunos casos el tratamiento finalizaba antes de lograr los objetivos terapéuticos, bien sea por *baja*, por *abandono* voluntario del paciente o bien por decisión de los terapeutas. Los terapeutas deben informar por escrito del trabajo realizado al finalizar cada una de las sesiones, manteniéndose la supervisión a lo largo de todo el tratamiento.

Procedimiento con la muestra de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM: Cada terapeuta al que se le asignó uno de estos casos establecía el diagnóstico según criterios DSM, procedía al tratamiento basando su intervención en las técnicas empíricamente apoyadas para cada trastorno de ansiedad, finalmente establecía el resultado de alta/baja/abandono. A partir de los expedientes confeccionados por cada terapeuta se extrajeron las variables sociodemográficas, las variables clínicas sobre la fase del tratamiento y el número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento.

Diseño

Diseño cuasi-experimental, sin asignación aleatoria y con muestras de carácter incidental, con medidas de evaluación y post-tratamiento.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

En todos los trabajos se llevaron a cabo análisis descriptivos y de frecuencias para conocer las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de las muestras. Asimismo, dependiendo de los objetivos de cada una de las investigaciones se aplicaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Análisis de regresión líneal.
- ANOVA unidireccional no relacionada.
- Prueba de *Chi-Cuadrado* (χ^2) – Prueba de *Fisher*.
- Prueba de *t-Student*.
- Prueba de *Wilcoxon*.
- Cálculo del Tamaño del Efecto (*d*) (Cohen, 1988).

RESUMEN DE LOS ARTÍCULOS

A continuación se expone un breve resumen de cada uno de los trabajos presentados en esta tesis realizada a través de un compendio de artículos.

En el primero de los estudios de investigación presentado, *Tratamientos Psicológicos en la Práctica Clínica Cotidiana*, el objetivo es plasmar la intervención psicológica en el contexto de la práctica asistencial. Se aborda describir la realidad en la práctica clínica habitual, en contraposición al contexto investigador, a fin de facilitar un conocimiento más preciso de ésta, identificando el tipo de problemas por los que se demanda atención, la duración de los tratamientos y los resultados alcanzados. Este tipo de estudios parecen de especial relevancia dada la escasez de trabajos que afronten la actuación psicológica y su efectividad en contextos asistenciales, en contraposición a la abundancia de trabajos dedicados a la eficacia. De esta forma se facilita que los profesionales de la psicología comiencen a ver reflejado su quehacer asistencial, que se supone es diferente, al menos en ocasiones, de las intervenciones de “laboratorio” asociadas al desarrollo de la investigación. Para ello se contó con una muestra de 122 sujetos provenientes de la Unidad de Psicología Clínica (UPC). Los tratamientos eran aplicados por 96 terapeutas por año, que trabajaban en parejas, contando uno de ellos con al menos un año de práctica clínica supervisada. Se utilizó un diseño descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de interés para este estudio (edad, sexo y diagnóstico). Se dividió a los participantes atendiendo al número de sesiones de su intervención, creando grupos independientes. El grupo 1 incluía a los pacientes que habían alcanzado el alta antes de la sesión 20; el grupo 2 los que habían alcanzado el alta entre la sesión 21-34; y el grupo 3 los que habían alcanzado el alta o seguían en tratamiento después de la sesión 35. En los resultados se aprecia una edad media de 32 años aproximadamente y una mayor presencia de mujeres (68.85%). Por diagnóstico, el grupo de trastornos de ansiedad fue el más frecuente, seguido de los relacionados con el estado de ánimo. Estos resultados no discrepan de otros estudios de investigación sobre la realidad asistencial (Labrador, Estupiñá y García-Vera, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Valero y Ruiz, 2003; y Vallejo et al., 2008). A la hora de la aplicación del tratamiento, sí se observan discrepancias con respecto a los estudios de

eficacia (por ejemplo, Levitt, Mata, Martin, David y Cloitre, 2007; o Mueser et al., 2008), en especial en la prolongación media de la intervención (media de 29.71 y moda de 20). Los tratamientos que se mostraron más cortos fueron los administrados para los problemas de ansiedad generalizada (media de 24.25 sesiones) y depresión (media de 25.73), por el contrario, los más extensos fueron para el trastorno de estrés postraumático (media de 46 sesiones) y para el trastorno distímico (media de 47). En este aspecto hay que resaltar que el valor de la moda de intervención, es decir la duración más habitual, es 20. Se observa una gran dispersión en el número de sesiones para los mismos diagnósticos, ello puede estar relacionado con la heterogeneidad con la que se expresa el problema en las diferentes personas en la clínica cotidiana. Por otro lado, es destacable el alto porcentaje de consecución de objetivos (64%), equiparable a los trabajos de eficacia. En este estudio son destacables las diferencias sistemáticas, al menos en la duración de los tratamientos, entre los trabajos de investigación controlados y los tratamientos asistenciales. Ciertamente habría que relativizar estos resultados, especialmente los relacionados con la duración, debido a las características particulares de los terapeutas y de la Unidad de Psicología Clínica asociada al Máster de Psicología Clínica, entre ellas la escasa experiencia clínica y el ser un tratamiento gratuito.

CONCLUSIONES DESTACADAS

- Más de dos terceras partes de la muestra son mujeres (69%).
- La mayoría de los pacientes (66%) se concentra en un rango de edad entre 23 y 42 años.
- Los trastornos de ansiedad (27.87%) y los relativos al estado de ánimo (13.11%) son los problemas por los que más se demanda atención.
- La duración de los tratamientos es de aproximadamente 30 sesiones de media (incluidas las sesiones de evaluación, promedio de 3-4), una moda de 20 y un rango muy amplio de 3-76.
- El 64% de pacientes alcanza el *alta* terapéutica antes de las 35 sesiones.
- Distimia y TEPT son los diagnósticos más prevalentes en las intervenciones más largas.
- Diferencias sistemáticas en la duración al comparar estos resultados con los obtenidos en el ámbito de la investigación.

El segundo de los artículos presentados, *Factores que Influyen en la Duración de los Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados*, trata de arrojar luz sobre una de las problemáticas comunes en la práctica asistencial, ésta es que el tratamiento se alarga más de lo que los estudios de eficacia señalan, yendo en contra del deseo de ofrecer tratamientos breves y con buenos resultados. Lo normal en los estudios de eficacia es que las intervenciones sean breves y centradas en las características específicas del problema, además de que se ajusten a un esquema protocolizado y dejen muy poco espacio a adaptaciones o correcciones dependiendo de las necesidades del paciente. Todo lo contrario ocurre en la práctica diaria en la cual el tratamiento se va modulando. Este estudio viene a cubrir una escasa producción sobre el tema, ya que la mayoría de las investigaciones en esta línea se centran en un solo diagnóstico o son de caso único, lo que dificulta precisar por qué se alargan los tratamientos empíricamente apoyados. Además, de lo poco que se encuentra en la literatura científica, utilizando como variables predictoras de prolongación de los tratamientos los factores sociodemográficos, grupos diagnósticos, asistencia a tratamientos previos o la severidad de los síntomas, los resultados son habitualmente discrepantes. En relación a esto, existe algo más de consenso en torno a la comorbilidad, es decir tener dos diagnósticos predice una prolongación de la intervención psicológica (Morrison, Bradley y Westen, 2003; O'Connor y Stewart, 2010). El objetivo de este trabajo versó sobre la identificación de los factores que pueden estar asociados a la prolongación de los tratamientos en la práctica profesional. Se llevó a cabo el estudio con la misma muestra descrita en el primer artículo. El diseño utilizado fue un diseño retrospectivo de tres grupos independientes designados *a posteriori*. Para conocer las diferencias entre los grupos y determinar qué variables o factores predecían un alargamiento de las intervenciones psicológicas se aplicaron pruebas de *regresión lineal* para todas las variables de este estudio (edad, sexo, diagnóstico principal, existencia de comorbilidad, problemas en el Eje III y/o IV, número de técnicas utilizadas y número de objetivos elaborados). Asimismo, para determinar las diferencias entre los grupos se utilizó la prueba de ANOVA unidireccional no relacionada. Para los análisis por pares, se aplicó la prueba de *Chi Cuadrado* para las variables cualitativas y la *t de Student* para las cuantitativas. En los resultados obtenidos cabe resaltar que la presencia

de diagnósticos de TEPT y de distimia predicen un tratamiento más extenso, aunque este dato hay que tomarlo con cautela ya que la capacidad explicativa es baja. También se observa que tener otro diagnóstico comórbido y abordar el tratamiento con más técnicas de intervención son variables que predicen un alargamiento. Estos resultados parecen lógicos, ya que cuantas más técnicas se utilicen más sesiones se deben invertir, cuantos más diagnósticos, más áreas a abordar y cuantas más áreas afectadas, porque el diagnóstico influye en muchas parcelas de la vida, más conductas a modificar. El resto de las variables mencionadas anteriormente no se relacionan con una prolongación del tratamiento, aunque sí se observan tendencias incrementales como es la presencia de problemas psicosociales aparejados (Eje IV) y la existencia de más objetivos. Que sendas variables predijeran una prolongación de las intervenciones también parece razonable debido a la lógica antes explicada.

CONCLUSIONES DESTACADAS

- La muestra tipo es de una persona joven (media de 30 años) y mujer (69%).
- No hay relación entre el sexo y la edad para predecir un alargamiento del tratamiento psicológico.
- Los diagnósticos de distimia y TEPT alcanzan un valor predictivo a la hora de alargar las terapias psicológicas.
- La presencia de problemas en el Eje III y/o IV no se relaciona significativamente con la duración del tratamiento.
- Sí aparecen diferencias estadísticamente significativas en la prolongación del tratamiento con la presencia de segundo diagnóstico.
- Con el análisis de regresión el número de objetivos no correlaciona con una mayor duración de los tratamientos.
- A mayor número de técnicas mayor duración de las intervenciones psicológicas.

Un paso más en la diseminación del trabajo realizado en el ámbito asistencial es conocer cómo funcionan los tratamientos que se han visto avalados en los estudios controlados. Se admite que los tratamientos psicológicos son de elevada eficacia (Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo, 2003), sin embargo se mantiene la sospecha de que estos resultados son bastante inferiores en la práctica clínica, de hecho autores como Bados, García y Fusté (2002)

sugieren este tipo de circunstancias. Además, la mayoría de los datos de los que se dispone sobre la efectividad de las intervenciones vienen desde países anglosajones (Gaston, Abbott, Rapee y Neary, 2006 o Lincoln et al., 2003), siendo la producción nacional en este aspecto escasa. Por ello, se hace necesario este tipo de análisis. Los trabajos desarrollados y presentados en la presente tesis vienen a cubrir estas necesidades. Así pues, el tercero y el cuarto de los artículos abordan el tema de la efectividad de las intervenciones psicológicas en el ámbito asistencial para dos de los trastornos más relevantes en la clínica como son la fobia social y el trastorno de angustia con agorafobia.

El tercero de los trabajos presentados, *Efectividad de los Tratamientos para la Fobia Social en el Ámbito Aplicado*, tiene por objetivo confirmar la efectividad clínica de los tratamientos empíricamente apoyados para la fobia social en el ámbito asistencial. La fobia social es uno de los trastornos que más malestar e incapacidad puede llegar a generar (NICE, 2013), además, es uno de los más prevalentes a nivel epidemiológico (APA, 2000; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), al mismo tiempo que es el trastorno de ansiedad por el que más se demanda ayuda psicológica (Botella, Baños, García-Palacios y Quero, 2009; Labrador et al., 2010; Valero y Ruiz, 2003). Todo esto justifica que los tratamientos ofertados en la clínica, ya sea pública o privada, deban mostrarse válidos. Para este estudio se seleccionó a todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de fobia social que recibieron tratamiento psicológico en la Clínica Universitaria de Psicología (CUP) de la UCM. De los 1550 pacientes, 71 cumplieron estos criterios (el 20.2% de todos los trastornos de ansiedad). Se aplicó tratamiento psicológico empíricamente apoyado para la fobia social, supervisado en todo momento por profesionales de reconocido prestigio. Para valorar el cambio se tuvo en cuenta la puntuación en cuestionarios como *La Escala de Evitación y Malestar Social* (SAD) (Adaptación española de Bobes et. al, 1999) y la *Escala de temor a la Evaluación Negativa* (FNE) (adaptación al español de Gironde, 1980). También, se tuvieron en cuenta los síntomas depresivos que se midieron a través del *Inventario de Depresión de Beck* (adaptación al español de Vázquez y Sanz, 1991; y Sanz et al., 2003), asimismo se hizo la reevaluación a través de la administración de la entrevista semiestructura de Muñoz (2003). El diseño utilizado fue

retrospectivo, de medidas repetidas con una sola muestra. Para el análisis de los resultados se utilizaron pruebas no paramétricas (*Wilcoxon*), además, para calcular la magnitud del cambio se hizo el cálculo de la *d* de Cohen (Cohen, 1988). En cuanto a los resultados, la muestra es de una mujer menor de 30 años, soltera y con estudios universitarios, aunque este tipo de muestra no se puede comparar con otros estudios de efectividad; sí es similar en cuanto a sexo y edad a las descritas en estudios sobre la demanda general de asistencia (Labrador et al., 2010; Valero y Ruiz, 2003). En cuanto a la duración de la intervención para toda la muestra (3.77 sesiones de evaluación, 16.09 de tratamiento y 2.15 de seguimiento) es similar a los estudios de eficacia (Botella, Baños y Perpiñá, 2003) y parejo a descripciones de intervención en otras clínicas (Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011). Además, se encuentra que esta duración es inferior a estudios de efectividad conducidos en otros países (Gaston et al., 2006; y Lincoln et al., 2003). En cuanto al porcentaje de pacientes que alcanza el alta, esto es, cumplir los objetivos establecidos con el terapeuta y que las puntuaciones de los cuestionarios estén por debajo del punto de corte establecido por los autores de los mismos, es del 64.1%, similar a revisiones meta-analíticas (Moreno, Méndez y Sánchez-Meca, 2000) y a estudios de efectividad (Lincoln et al., 2003). Asimismo, se destaca que el tamaño del efecto (TE) alcanzado entre la evaluación pre y la post oscila entre 1.78 a 1.96, aunque estos datos hay que tratarlos con reserva, debido al tamaño de la muestra. Finalmente, cabe mencionar que los cambios son estadísticamente significativos en todas las medidas tomadas ($p < .05$). Parece pues adecuado generalizar a la práctica clínica los tratamientos empíricamente apoyados, con la garantía de que van a ser ventajosos para el paciente/cliente.

CONCLUSIONES DESTACADAS

- El perfil de paciente de este estudio es de una mujer (63.4%), joven (menor de 30 años), soltera (80.3%) y con estudios universitarios (45.1%).
- La media de sesiones de evaluación fue de 3.74, de intervención de 16 y de seguimiento de 1.26 para aquellos que alcanzan el alta, resultados comparables a estudios de eficacia y efectividad.
- El porcentaje de éxito terapéutico alcanzó el 64.1%, datos similares a estudios de eficacia y efectividad.

-
- El porcentaje de abandonos (24.53%) sí parece elevado en comparación con otros estudios. El de bajas (11.32%) se considera un resultado más discreto.
 - Los tamaños del efecto (TE) alcanzados en las medidas de fobia social son grandes (entre 1.78-1.96), también el TE en la medida de depresión es grande ($d=1.76$). Éstos resultados son comparables con los de los trabajos de eficacia y efectividad.
 - Parece adecuado el generalizar al ámbito aplicado los tratamientos que se han mostrado eficaces para la fobia social en el campo investigacional.
-

En la misma línea que el anterior estudio de efectividad se encuentra el cuarto de los trabajos presentados, *Empirically Supported Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia in a Spanish Psychology Clinic*. Este tipo de trastorno es otro de los problemas de ansiedad más relevante en la clínica cotidiana, de hecho en la muestra que se está utilizando es el segundo problema de ansiedad por el que más ayuda se solicita (3.5% de toda la asistencia y 14.2% del bloque de trastornos de ansiedad). Más allá de su elevada frecuencia, cabe mencionar que los problemas relacionados con el pánico y la agorafobia generan problemas en muchas de las áreas significativas de la persona, por ejemplo en el área marital, social, ocupacional, recreativo (Bados, 2009), lo que puede conllevar a un gran desgaste personal, social y un descenso importante en la calidad de vida de la persona y allegados. También se conoce que si no hay intervenciones específicas, estos problemas cursan con comorbilidad (la comorbilidad puede alcanzar el 63.1%, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Es relevante seguir indagando y acumulando evidencias que soporten que las intervenciones de la psicología clínica en el ámbito asistencial son efectivas para el paciente. Este es el objetivo del cuarto trabajo, estudiar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con problemas de pánico y agorafobia, así como las características que tienen los tratamientos psicológicos en este ámbito. Además se evalúa la efectividad del tratamiento empíricamente apoyado en estudios de eficacia y, finalmente, se analiza de manera descriptiva el coste de los tratamientos psicológicos en comparación con los farmacológicos, que son los de elección en asistencia primaria y psiquiátrica y que tienen la fama de ser más económicos. Este tipo de análisis se está convirtiendo en importante ya que se debe conocer la eficiencia de los tratamientos que se dispensan, pues las problemáticas como las descritas en este estudio generan muchos costes

sociales (bajas laborales, visitas médicas de urgencia, pérdida de contacto con la sociedad). Por ello, la intervención debe ser altamente eficaz, lo más breve posible y con beneficios duraderos. Se utilizó la misma muestra que la descrita en el anterior trabajo, en esta ocasión para los pacientes que tenían diagnóstico DSM-IV de Angustia con Agorafobia. Se contó con 50 pacientes de entre 1550 de la CUP. Se aplicó tratamiento empíricamente validado para el trastorno de angustia con agorafobia. Cada terapeuta, en coordinación y supervisión con profesionales de reconocido prestigio, podían introducir los cambios que consideraran precisos atendiendo a las necesidades, demandas y evolución de la propia persona. Para valorar el cambio se tuvo en cuenta la puntuación en cuestionarios como el *Cuestionario de Sensaciones Corporales* (BSQ) (Adaptación española de Comeche et al., 1995) y el *Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas* (ACQ) (adaptación al español de Comeche et al., 1995). Asimismo, se tuvieron en cuenta los síntomas depresivos que se midieron a través del *Inventario de Depresión de Beck* (adaptación al español de Vázquez y Sanz, 1991; y Sanz et al., 2003). El diseño utilizado fue retrospectivo, de medidas repetidas con una sola muestra. Para el análisis de los resultados se utilizaron pruebas no paramétricas (*Wilcoxon*), además, para calcular la magnitud del cambio se hizo el cálculo de la *d* de Cohen (Cohen, 1988). El perfil del paciente tipo en este estudio es de una mujer (80%), soltera (74%), estudiante o trabajadora (48% y 52%, respectivamente) y con un nivel cultural alto (al menos 50% tenía estudios universitarios). Algunos de estos datos reflejados en el perfil son similares a otras muestras descritas en el territorio nacional (Labrador et al., 2010; Labrador y Ballesteros, 2011; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) y fuera de España (Addis, Hatgis, Krasnow, Jacob, Bourne y Mansfield., 2004). También se encuentran características que no son tan habituales, como por ejemplo el alto número de estudiantes y el alto nivel cultural, que pueden ser debidas a las propias características idiosincrásicas de la CUP. La duración de la intervención para los pacientes que alcanzan el éxito terapéutico es de 15.13 sesiones, muy parejo a lo que señalan los estudios de eficacia (Craske y Barlow, 2007; y Öst, Thulin y Ramnerö., 2004) y más breve que las referencias sobre los estudios de efectividad (Addis et al., 2004). Lo que sí se aprecia es una elevada desviación típica (DT, 9.24) y un amplio rango de sesiones (1-39), que se puede deber

al hecho de ser un tratamiento autocorrectivo, algo habitual en el ámbito asistencial a fin de abordar todas las áreas afectadas, circunstancia que no suele permitirse en los estudios protocolizados realizados en el ámbito de la investigación. En cuanto al porcentaje de pacientes que alcanza el alta es del 83.33%. Este resultado es tanto o más satisfactorio que los reflejados en la literatura científica de eficacia y efectividad (Hahlweg et al., 2001; Öst et al., 2004). En el análisis de la magnitud de cambio, se aprecia que todos los tamaños del efecto son superiores a $d = 1.00$, es decir, un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988). Del mismo modo, los cambios pre-post son estadísticamente significativos ($p < .05$), tanto en las medidas relacionadas con el trastorno, como en las medidas de depresión, confirmándose la idea de Barlow, Allen y Choate (2004) de que el abordaje de un trastorno de ansiedad concreto mejora clínicamente la sintomatología depresiva. En último lugar, encontramos los gastos del tratamiento. Para este tipo de intervención se estimó un gasto medio, para las personas que alcanzan el alta de 945.12€. Aunque no hay datos precisos de los tratamientos farmacológicos, se puede hacer una estimación, considerando la información aportada por la British Association for Psychopharmacology, las dosis medicamentosas recomendadas y los precios establecidos por la Delegación de Farmacia de España (Baldwin et al., 2005; Bravo 2002; y BOE, 2007). De ello resultaría un total de 870€, sólo de adquisición de fármacos, a lo que habría que añadir otros gastos, además de discutirse si este tipo de intervención debería sustituir a la intervención psicológica (van Apeldoorn et al., 2008). Por todo ello, se concluye en este estudio que el TEA para el Trastorno de Angustia con Agorafobia se muestra efectivo en el contexto asistencial, comenzándose a ver una relación coste/resultado positivo para las terapias psicológicas.

CONCLUSIONES DESTACADAS

- El perfil predominante de la muestra son mujeres (80%), jóvenes (media de edad de 29.22 años), con estudios universitarios (48%) y solteras (74%).
- La media de sesiones para los pacientes que alcanzan el éxito terapéutico es de 3.07 sesiones de evaluación, 15.13 de tratamiento y 1.49 de seguimiento. Datos muy cercanos a los informados por estudios de eficacia y efectividad.
- El porcentaje de altas es elevado (83.33%). Este dato es superior a algunos resultados

ofrecidos por estudios de eficacia y efectividad.

- El cambio pre-post en las medidas específicas del trastorno así como en las medidas de depresión es significativo en todas ellas, además los tamaños del efecto son grandes ($d < 1$).
 - En los datos de abandonos (11%) y de bajas (5.5%) no se encuentran grandes diferencias con los estudios de eficacia y efectividad.
 - El coste económico del tratamiento psicológico para un paciente que alcanza el alta sería de 945€, similar a los 870€ del gasto exclusivamente en medicamentos del tratamiento farmacológico de elección (clomipramina).
 - Los datos obtenidos en este estudio muestran que con el tratamiento psicológico empíricamente apoyado aplicado en el ámbito asistencial se puede esperar un porcentaje elevado de altas para este trastorno, con un número de sesiones no muy grande, con cambios significativos desde el comienzo hasta el final y con un coste parejo al farmacológico.
-

CONCLUSIONES

Las conclusiones de esta tesis aspiran a ser orientativas, pero de interés para los profesionales de la psicología. Se pretende aportar datos que acumulen evidencia en torno a la intervención psicológica cotidiana, describir las realidades a las que los psicólogos se están enfrentando en la actualidad y seguir construyendo puentes que acerquen la parte teórica y de investigación con la práctica y asistencial.

Lo primero a destacar en este trabajo es la importancia de disponer de información sobre los tratamientos empíricamente apoyados que provengan directamente de clínicas de psicología que atienden a todo tipo de pacientes a demanda de los mismos y con las exigencias que supone el hecho de trabajar con otra persona que se convierte en adquirente de un servicio.

Con respecto a las personas que demandan atención psicológica en este tipo de clínicas de psicología, el perfil tipo es una mujer, joven, soltera y con estudios superiores. Este resultado se muestra constante en las diferentes muestras que se han utilizado para los diferentes estudios presentados, asimismo, se muestra invariable en los diferentes trastornos objeto de análisis. Igualmente, hay convergencia de este tipo de características en otros trabajos donde se informa del perfil del paciente (Labador et al., 2010; Valero y Ruiz, 2003; Vallejo et al., 2008) e incluso con los datos provenientes de estudios epidemiológicos (ESEMeD, 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Se desconoce la causa real por la cual este resultado se repite de manera sistemática, es decir, mayor frecuencia de mujeres en las clínicas. Puede ser causa de que presentan más problemas de índole psicológica, por el estilo de afrontamiento más activo, que les lleva a demandar ayuda o por darse una subrepresentatividad de los varones debido a que son más reacios a solicitar ayuda por las dificultades derivadas de lo psicológico. Con respecto a esta variable, lo que sí que se conoce es que no predice un resultado mejor o peor en la aplicación de los tratamientos psicológicos, y como se ha visto además, no parece influir en que se alarguen las intervenciones. En cuanto a la edad, también se observa una realidad común entre estos resultados y los estudios previos mencionados anteriormente. En el caso de estos trabajos la explicación puede estar debida, al menos en parte, al enclave donde se encuentran las clínicas de psicología con las que se ha trabajado, es decir, en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, habiendo podido facilitar la accesibilidad a una población

más joven y de mayor nivel de estudios. Con respecto a este dato, cabe mencionar que es positivo que la población clínica sea joven, pues esto puede implicar un menor deterioro en el funcionamiento psicosocial de la persona, lo que facilitará el éxito del tratamiento. Acerca de esta variable sociodemográfica, en el estudio de *Los factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados* (Ballesteros, Fernández y Labrador, 2013), no se encontró ninguna relación con la prolongación de los tratamientos. Este resultado es similar a los encontrados por Estupiñá, Aranda, Ballesteros, Sánchez, García-Vera y Sanz (2008) o, anteriormente, por Koss (1980). Una característica social que sí se diferencia con respecto a otros trabajos es el nivel educativo de los pacientes. La explicación de la alta representatividad de estudiantes universitarios, diplomados o licenciados encontrados en estos estudios se puede deber a lo comentado anteriormente sobre la ubicación de las clínicas psicológicas. Este nivel educativo puede estar relacionado con la edad y con el éxito de la intervención, es decir, se presupone que cierto nivel educacional puede servir como variable o recurso facilitador del proceso, asimismo, cierto grado de introspección puede que esté relacionado con una detección precoz de los desajustes psicológicos, lo que puede llevar a una búsqueda de solución más temprana.

No se puede establecer que la muestra de pacientes de la que se han obtenido los resultados sea representativa, sin embargo describir esta muestra permite caracterizar al tipo de pacientes atendidos en una clínica asistencial. Además, se han podido apreciar las grandes similitudes que se dan entre este perfil y otros descritos anteriormente, lo que facilita cierta identificación con lo encontrado en otras clínicas.

Respecto a las variables clínicas, y comenzando por los diferentes diagnósticos, se observa que los trastornos por los que más se demanda atención son el conjunto de trastornos de ansiedad y el diagnóstico de depresión mayor. Que este tipo de trastornos sean los más frecuentes es un dato repetido en trabajos anteriores (APA, 2000; ESEMeD, 2004; Vallejo et al., 2008). Varias razones explicarían esta tendencia. Por un lado, puede que sean los más prevalentes, por lo que les hace más probables que lleguen a las clínicas. También, puede

deberse a que sean los más fácilmente identificables, tanto para la persona que lo sufre como para el entorno; además, es posible que generen más sufrimiento y malestar del que en un principio se supone de ellos, lo que movilizaría a la persona para buscar ayuda. Se puede dar el caso de que el reconocimiento de este tipo de dificultades esté menos asociado con el estigma que provoca tener un trastorno mental, a diferencia de otro tipo de diagnósticos, como por ejemplo los trastornos sexuales o los de dependencia de sustancias. En último lugar, la idea de que los psicólogos solamente estén capacitados para tratar este tipo de dolencias es una razón que puede estar detrás de este resultado. Si bien es cierto que la psicología ha dedicado muchos esfuerzos a probar su eficacia en estos trastornos, de hecho hay estudios clásicos que marcan la eficacia desde hace varias décadas (Bandura, Blanchard y Ritter, 1969; Barlow y Craske, 1989), no menos cierto es que el campo de la psicología está abierto, de manera eficaz, a muchas otras dolencias (Nathan y Gorman, 2007; Vallina et al., 2010). Por ello, convendría informar tanto a los usuarios como a los responsables de salud pública o privada de esta realidad, facilitando de esta manera un servicio de calidad a más personas con diversas alteraciones emocionales. Finalmente, en relación a los diagnósticos, en uno de los artículos de la presente tesis se ha observado que el diagnóstico de TEPT y el de distimia están relacionados con una mayor duración de la terapia. Como se reflexiona en el artículo (Ballesteros et al., 2013) parece que este resultado es razonable debido a que son dos de los diagnósticos que más áreas personales pueden afectar, lo que supondrá la necesidad de reestructurar múltiples ámbitos de la vida de la persona.

En una de las investigaciones (Ballesteros et al., 2013) de la tesis se tiene en consideración la presencia de problemas en el Eje III y/o Eje IV de la evaluación multiaxial (APA, 2000) y cómo pueden éstas influir en el tratamiento. No se encuentran estudios que hablen tan específicamente de estos dos ejes. Se podría esperar que la presencia de problemas en cualquiera de los dos ejes antes mencionados supondría una mayor presencia de dificultades y problemas, siguiendo la línea argumental antes expuesta, lo que llevaría a una complicación del tratamiento, tanto en su resultado final como en su prolongación. En los resultados obtenidos en

Ballesteros et al. (2013) no se encuentra tal relación. Es decir, el porcentaje de personas que alcanzan el éxito en esa muestra es alto (al menos un 64%), y la presencia de diagnósticos en el los Ejes III y/o IV no parece que se relacione significativamente con un alargamiento del tratamiento, aunque estos resultados deben leerse con cautela debido al bajo número de pacientes de la muestra y a que existe una tendencia creciente en el número de sesiones invertidas ante la presencia de enfermedades médicas y/o problemas psicosociales y ambientales.

La presencia de diagnóstico comórbido es uno de los problemas con el que los psicólogos deben enfrentarse en su día a día. Además, es una de las variables que históricamente más ha separado al mundo de la investigación, en el cual se tiende a excluir a personas con segundo diagnóstico, del mundo asistencial que debe trabajar con las personas que le llegan a consulta. Tradicionalmente los profesionales de la psicología clínica han considerado una probable falta de representatividad en las muestras investigadas y en consecuencia las limitaciones a la hora de la generalización de los resultados, dada la no inclusión de pacientes con trastornos comórbidos. Por otro lado hay literatura científica que señala que tener más de un diagnóstico ocasionará que los resultados terapéuticos son peores (O'Connor y Stewart, 2010). En el estudio de Ballesteros et al. (2013) y en un estudio de Ballesteros y Labrador aún sin publicar, se analiza la presencia de segundo diagnóstico en las diferentes muestras. En ambas se encuentra que la presencia de otro trastorno mental asociado al principal se da en menos del 25% de la muestra. Aunque es un valor nada desdeñable, se podría esperar mayor porcentaje de este tipo de casos. Esto puede deberse a que muchas de las personas que solicitan atención psicológica vienen con frecuentes demandas subclínicas y malestares difusos que envuelven muchas áreas de la vida pero que no tienen la entidad suficiente como para obtener un diagnóstico formal, DSM o CIE. Estos malestares parece que tienen más sentido considerarlos en el Eje IV de problemas psicosociales. Esto se ve reflejado en la muestra de la UPC, donde el 59% de los pacientes presentan problemas en dicho Eje. Cabe mencionar, que al igual que en estudios anteriores, en el de Ballesteros et al. (2013) también se encuentra que el

segundo diagnóstico predice una prolongación de los tratamientos. Por lo cual sí que habrá que esperar de estos casos intervenciones en las que haya más áreas vitales afectadas y más respuestas desadaptadas a las que hacer frente.

Respecto a cuánto duran los tratamientos psicológicos en la clínica habitual los resultados encontrados en los estudios presentados en esta tesis indican, en primer lugar, que el tratamiento psicológico consta de una media de 3-4 sesiones de evaluación. Este resultado se repite en las diferentes muestras estudiadas y para los diversos trastornos analizados, tanto con terapeutas más noveles como con aquellos que son más expertos. En un principio podrían parecer un gran número de sesiones de evaluación, especialmente si se comparan con las invertidas en los estudios de laboratorio o en trabajos en los que se utilizan protocolos, donde la evaluación solamente trata de confirmar el diagnóstico o problemática con la que se quiere trabajar. En la clínica asistencial no sólo se trata de buscar una categoría diagnóstica, sino más bien una explicación funcional a ese trastorno que genera malestar. La indagación de las variables que pueden estar influyendo, así como su interacción en el amplio espectro de la persona (evolutivo, personal, social, familiar laboral, etc....) lleva aparejado esta inversión de tiempo. Es lógico pensar que cuanto más información se tenga a este respecto, más ajustados serán los objetivos y técnicas a desarrollar. En segundo lugar, en lo referente a las sesiones de tratamiento, se encuentra algo más de variabilidad en relación a la media de sesiones y a la muestra estudiada. Así, en la muestra de la UPC, con clínicos más inexpertos, la media de sesiones que se invierte para desarrollar el tratamiento es de 30, bastante superior a algunos estudios mencionados anteriormente, tanto en el ámbito investigador como en el asistencial. Cuando se observan las sesiones promedio para el trastorno de fobia social y para el de angustia con agorafobia, se aprecia que éstas son más bajas (15-16 sesiones), y equiparables, y en ocasiones mejoradas, a estudios de eficacia y efectividad (Addis et al., 2004; Antona et al, 2006; Craske y Barlow, 2007; Gaston et al, 2006). Ambos resultados parecen lógicos, porque por un lado en la UPC los terapeutas tienen menos experiencia, por lo que pueden tender a la reaseguración en las intervenciones; y por otro lado, los pacientes de la UPC son personas que no pagan ninguna cuota por las sesiones, lo que puede estar provocando una menor implicación

en las tareas para casa y una menor urgencia a finalizar el tratamiento. Finalmente, en esta población de la UPC estudiada se mezclan muchos tipos de diagnósticos, lo que puede estar influyendo en la media de sesiones. Por otro lado, cuando el terapeuta es más experto, posiblemente más orientado a la demanda, el paciente sí debe afrontar el pago de las sesiones y el diagnóstico es el mismo, es normal que los tratamientos que se han mostrado empíricamente apoyados tiendan a igualarse en todas las clínicas, por lo que se reproducen los resultados de otros estudios.

En tercer lugar, en cuanto a las sesiones de seguimiento, no se puede perder de vista el hecho de que éstas son pocas (media de menos de 2). Esto supone una pérdida de información importante en la evolución del proceso de recuperación de la persona. Este hecho es muy habitual en la clínica ya que cuando el paciente comienza a notar mejorías, aumentando su autoeficacia, tiende a abandonar el tratamiento antes de tiempo o a no asistir a los seguimientos (Macià y Méndez, 1996). Este tipo de problemas es menos habitual en los estudios de eficacia, ya que en ocasiones el acuerdo formal con el participante compromete a que éste acuda (o contacte de alguna manera) a las diferentes citas de seguimiento planificadas.

En relación al número de técnicas y el número de objetivos que se contemplan en los tratamientos, se encuentran algunas diferencias dependiendo de la muestra que se analice. Así en la UPC el número de técnicas asciende a una media de 12.34, por las 8.55 para los pacientes que alcanzan el alta de la CUP (Ballesteros y Labrador, sin publicar). Estas diferencias son considerables (incremento de un tercio) y la explicación de las mismas puede estar en lo ya mencionado en relación a las variables del terapeuta y del paciente. Con todo, el número de técnicas no parece elevado, especialmente si se considera que el objetivo es trabajar no sólo sobre un diagnóstico sino sobre otras variables que pueden estar relacionadas. Antes se informaba de un alto porcentaje de pacientes que presentaban disfunciones psicosociales añadidas (59%), a las que también había que dar respuesta. En los estudios de eficacia, lo habitual es que el protocolo limite trabajar otras alteraciones, pudiendo en ocasiones utilizar una sola técnica (por ejemplo exposición, Öst, Alm, Brandberg y Breitholtz, 2001). En cuanto al número de objetivos, estudiados en la muestra de la UPC, íntimamente relacionado con el

número de técnicas, el promedio que se encuentra es de 8 por paciente. Se observa que no coinciden, pues en ocasiones no se puede equiparar un objetivo a una técnica. A veces no es tan determinante el objetivo, sino la importancia de éste, en relación a las conductas o ámbitos que implica, y para los cuales hay que introducir en ocasiones una, o más, estrategias de solución. De todas formas, parece lógico pensar que a más objetivos identificados, más técnicas haya que utilizar. De hecho en el estudio de Ballesteros et al. (2013) se encontró que la inclusión de muchas técnicas tiende a alargar el tratamiento de manera significativa. Este dato tiene lógica, pues cuantos más objetivos, más técnicas a implementar y por tanto mayor número de sesiones se tendrán que dedicar para desarrollar las mismas. Además, posiblemente un mayor número de objetivos se dará en diagnósticos que afecten a muchas áreas, como el TEPT y la distimia, y un mayor número de áreas afectadas, como ya se comentó, también tendían a alargar el tratamiento.

Los tratamientos empíricamente apoyados, trasladados al contexto clínico, se muestran efectivos. Es la principal conclusión que se desprende de los resultados obtenidos en estos estudios. Cuando se aplica tratamiento empíricamente apoyado el porcentaje de usuarios que mejora es alto, más concretamente llega al menos a un 64% de pacientes que alcanzan el éxito terapéutico, es decir que alcanzan los objetivos pactados al inicio del tratamiento y que en la reevaluación de los cuestionarios y en la readministración de la entrevista, no se constata la presencia de síntomas significativos; además estos cambios son estadísticamente significativos ($p < .05$). Este porcentaje se alcanza incluso en una clínica como UPC, donde los terapeutas no tienen apenas experiencia. Concretando en los dos diagnósticos específicos analizados, para la fobia social se alcanza un 64.1% de altas terapéuticas y para el pánico con agorafobia se llega hasta un 83.33%. Por lo tanto, al menos dos de cada tres personas mejoran significativa y clínicamente después de pasar por un proceso psicológico en el que se aplican tratamientos contrastados. La diferencia entre las tasas de éxito para una categoría diagnóstica y otra puede deberse a que la fobia social suele ser un trastorno de inicio temprano, en la adolescencia o incluso antes, y con un curso crónico (Andrews et al., 2003; APA, 2000), agravado por el

hecho de que muchas de las personas que lo sufren dejan pasar mucho tiempo antes de acudir a tratamiento (Bados, 2001). Todos estos factores colaboran al desarrollo de importantes problemas en las personas, aumentando la cronificación y pudiendo influir en el éxito del tratamiento. En contraposición, el trastorno de pánico tiene un inicio al final de la adolescencia o en la mitad de la cuarta década, por lo que la evolución del mismo suele ser menor cuando llega a consulta (APA, 2000). Estos resultados referidos al éxito terapéutico son coherentes con los estudios tanto de eficacia como de efectividad (Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schroeder y von Witzleben, 2001; Lincoln et al., 2003; Moreno et al., 2000; Öst et al., 2004). El porcentaje de bajas (personas que no comienzan el tratamiento) es cambiante de un trastorno a otro, variando entre 5.5% para las personas con pánico con agorafobia y 11.32% para las personas con fobia social. Estos resultados son discretos, no siendo superiores a estudios de referencia (Rosenberg y Hougaard, 2005). La diferencia entre uno y otro puede ser debida a la propia sintomatología de los pacientes. Así se espera que la persona que demanda asistencia por dificultades sociales tienda a dejar el tratamiento en el período de evaluación que es cuando más se tiene que exponer personalmente a una posible valoración por parte de otro. En cuanto al porcentaje de abandonos (personas que comienzan el tratamiento, pero lo finalizan antes de alcanzar los objetivos) en un principio parece elevado, llegando a un 24.53% para la fobia social. Sin embargo, los abandonos en el ámbito asistencial suelen ser más elevados. Castañeda y Mira (1998) en su estudio sobre el abandono en consultas de salud mental, señalan que un 36% no acude a la primera cita o no sigue después de ésta. Una vez comenzado el proceso terapéutico un 27% de abandonos se dan entre la 4ª y la 8ª sesión y un 17% abandona después de la 8ª sesión de tratamiento (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Moré, Huidobro, Rodríguez y Holgado, 2002). De acuerdo con estos datos los abandonos en este estudio no son especialmente elevados y estarían entre los habituales (e incluso más bajos) que en las consultas de salud mental. Las razones que sustentan estas finalizaciones de la intervención de manera prematura pueden ser varias, entre ellas se puede mencionar que el tratamiento no se aplicó de manera apropiada, que no se ajustó a las características del paciente o, incluso, variables no relacionadas con el tratamiento (recursos económicos, disponibilidad de tiempo...).

Finalmente, y en lo concerniente a los costes del tratamiento psicológico, éstos no se disparan y no parecen más caros para la persona ni para las agencias gubernamentales o compañías aseguradoras que los tratamientos farmacológicos. Aunque a raíz de estos trabajos presentados no se puede generalizar las conclusiones, sí que se ha aportado datos al respecto. El coste económico del tratamiento psicológico para un paciente que alcanza el alta con un trastorno de angustia con agorafobia sería de aproximadamente 945€, frente los 870€ que cuestan los medicamentos en el tratamiento farmacológico de elección (clomipramina). Además, como se señaló antes, esa cifra no refleja todos los gastos reales que se generan con el tratamiento farmacológico, pues sólo se ha tenido en cuenta el precio del fármaco.

Un paso más en este sentido es la eficiencia de las terapias. Todavía hay pocos datos y algo dispares, pues se utilizan criterios diferentes para medir este concepto, haciéndose necesario homogeneizar el constructo y su medida para hacer comparaciones. Aun así, sí se constatan trabajos en los que las conclusiones apuntan a que el tratamiento psicológico es más eficiente a largo plazo que el tratamiento farmacológico (van Alpeldoorn et al., 2014).

Las conclusiones de estos estudios pueden verse amenazadas por limitaciones como el número de pacientes con los que se ha contado, así como por las características de la muestra y de los terapeutas. Sin embargo cada muestra clínica tendrá su idiosincrasia, condicionada por muchas variables (por ejemplo el emplazamiento) y rara vez será muy amplia; no obstante, la presentación de otras muestras permitirá una complementariedad de los resultados aquí presentados. Otra limitación es el propio diseño experimental de alguno de los estudios, ya que un análisis retrospectivo no permite una selección previa de las variables, conllevando una pérdida de información en la codificación, trabajando con lo que ya se cuenta. Por otro lado, el hecho de ser un estudio de efectividad, sin criterios de exclusión, hace que no se puedan controlar todas las variables que puedan estar influyendo en la mejora. Esto merma la generalización de los resultados. Sin embargo, todo trabajo es limitado y en éste se han representado las variables que han sido consideradas de máximo interés, abriendo un camino que está por recorrer. Futuros trabajos deberán continuar este trayecto considerando otras variables.

REFERENCIAS

- Addis, M.E., Hatgis, C., Krasnow, A.D., Jacob, K., Bourne, L. y Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 625-635. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.625>
- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., Ten Have, M. y Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 421-429. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.008>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd - Revised)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición, Texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders* (2nd Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Antona J. C., García-López, L. J., Yela, J. R., Gómez, M. A., Salgado, A., Delgado, C. y Urchaga, J. D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14(2), 183-200.
- Antonuccio, D., Thomas, M. y Daton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187 – 210. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(97\)80043-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80043-3)
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Bados, A. (2001) *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.

- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioural therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592.
- Bados, A. (2009). *Agorafobia y pánico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ballesteros, F., Fernández, P. y Labrador, F.J. (2013). Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. *Anales de Psicología*, 29(1), 94-102. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.139361>
- Ballesteros F. y Labrador, F. J. (2014). Empirically supported treatments for panic disorder with agoraphobia in a Spanish psychology clinic. *The Spanish Journal of Psychology* 17, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2014.65>
- Baldwin, D.S., Anderson, I.M., Nutt, D.J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J.R., den Boer, J.A., Fineberg, N.A., Knapp, M., Scott, J. y Wittchen, H.U. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 527-596. <http://dx.doi.org/10.1177/0269881105059253>
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J. y Beutel, M. E. (2014). The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, 473-480.
- Bandura, A., Blanchard, E. B. y Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199. <http://dx.doi.org/10.1037/h0028276>
- Barlow, D. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Barlow D., Allen L.B. y Choate M.L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*. 35, 205–230. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Traducido español en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M.P. y Dal-Ré, R. (1999) Validación de las versiones en español de los cuestionarios de Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Seehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.

- Boletín Oficial del Estado (2007). *Orden SCO/3867/2007, por la que se determina los nuevos conjuntos de medicamentos y sus precios*. (BOE Publicación No. 312) España. Recuperado 15 de septiembre de 2014 de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/12/29/pdfs/A53846-53890.pdf>
- Botella, C., Baños, R. M. y Perpiña, C. (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Baños, R.M., García-Palacios, A. y Quero, S. (2009). El servicio de asistencia psicológica de la Universidad Jaume I. *Acción Psicológica*, 6(1), 87-96.
- Bravo, M. F. (2002). *Psicofármacos para psicólogos*. Madrid: Síntesis.
- Catania, A. C. (1992). *Learning* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Castañeda, I. y Mira, J.J. (1998). Abandono de las consultas en salud mental: Estudio sobre los factores que determinan su interrupción prematura. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 11, 42-52.
- Chambless, D. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D. L., Sanderson, W.C., Shoham, V, Jonhson, S. B., Pope, K. S., Crits- Christoph, P., Baker, M., Jonhson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L. E, Williams, D. A. y McCurry, S. (1996). *An Update on Empirically Validated Therapies*. American Psychological Association. Disponible en la World Wide Web: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/newrpt.pdf>
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D.H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Dertweiler, J. Haaga, D. A. F., Jonhson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W.C., Shoham, V, Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S.R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidences. *Annual Review Psychological*, 52, 685 – 716.
- Clark, D., Ehler, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbel, H., Flower, T., Davenport, C. y Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 6, 1058-1067. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1058>

- Clifford, B.R. (2013). Research: The ubiquitous handmaiden of professionalism. En R Bayne y G. Jink (Eds.), *Applied Psychology* (pp. 16-46) (2ª ed). London: Sage.
<http://dx.doi.org/10.4135/9781446279151.n10>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ªed.) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (1993). *Código Deontológico del Psicólogo*. Disponible en la World Wide Web: <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
- Comeche, M.I., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapy guide* (4º ed). Londres: Oxford University Press.
- Deysky, A.S. y Naglie, I.G. (1990). A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. *Annal of International Medicine*, 113(2), 147-154.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 15(2), 85-99.
- ESEMeD / MEDHEA 2000. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 1-64.
- Estupiña, F. J., Aranda, I., Ballesteros, F., Sánchez E. M., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2008). *¿Existe un perfil de pacientes que prediga una prolongación del tratamiento la depresión?* Póster presentado en la IV reunión anual de la SEPCyS celebrada en Zaragoza.
- Estupiña, F. J. (2012). Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica. En F.J. Labrador y M. Crespo (Eds.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 47-59). Madrid: Pirámide.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>

- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Ferro, R. y Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 16, 97-99.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with “validated” from of psychotherapy. *Clinical psychology; Science and Practise*, 3, 218-229. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00073.x>
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. y Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505X35146>
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Girodo, M. (1980). *Como vencer la timidez*. Barcelona: Grijalbo.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B. y von Witzleben, I. (2001). Short and long term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 375-382. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.69.3.375>
- Harper, D. J., Gannon, K. y Robinson, M. (2013). Beyond evidence-base practise: Rethinking the relationship between research, theory and practice. En R. Bayne y G. Jink (Eds.), *Applied Psychology* (pp. 32-46). (2ª ed). London: Sage. <http://dx.doi.org/10.4135/9781446279151.n11>
- Hayes, N. (2013). Psychology today. En R. Bayne y G. Jink (Eds.), *Applied Psychology* (pp. 304-305) (2nd ed). London: Sage.
- Ioannidis, J.P.A. y Garber, A.M. (2011). Individualized cost-effectiveness analysis. *Plos Medicine*, 8(7), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001058>

- Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design, and methodology. En S.L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 23-68) (3rd ed). New York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. En S.L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Psychotherapy and behavior change* (pp. 17-71) (4^a ed). New York: Wiley.
- Kenardy J., Dow, M. G., Johnston D. W., Newman M. G., Thomson A. y Taylor C. B. (2003). A comparison of delivery of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: An international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1068-1075.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1068>
- Koss, M. P. (1980). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of child and adult clients seen in private psychological practise. *Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 17(3), 268–271.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. Noviembre de 2002. *INFOCOP*, 17, 25-30.
- Labrador, F. J. y Crespo. M. (2012). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. En F.J. Labrador y M. Crespo (Eds.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 13-19). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y García-Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Labrador, F. J. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565.

- Labrador, F. J., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27(2), 219-326.
- Lazar, S. (2010). The cost-effectiveness of psychotherapy in the treatment of depression. *Integrating Science and Practice*, 1(2), 26-31.
- Levitt, J., Malta, L., Martín, A., David, L. y Cloitre, M. (2006). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 WorldTrade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1419-1433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.004>
- Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (2002). *BOE n.º 274*, 40126-40132.
- Lincoln, T., Winfried, R., Halweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schoreder, B. y Friegnbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00038-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00038-X)
- Macià, D. y Méndez, F.X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buéla-Casal, V. E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 43-59). Madrid: Siglo XXI.
- Marks, I.M. y O'Sullivan, G. (1992). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en el trastorno obsesivo-compulsivo. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamientos psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 97-114). Madrid: Pirámide.
- McHugh R.K., Otto M.W., Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K. y Woods S.W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1038-1044. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v68n0710>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Propuesta de estrategia en salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Autor.

- Moré, M.A., Huidobro, Á., Rodríguez, M. y Holgado, P. (2002). Estudio de los abandonos de tratamiento. *Archivos de Psiquiatría*, 65, 243-262.
- Moreno, P., J., Méndez, X., y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Morrison, K., Bradley, R. y Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 109-132. <http://dx.doi.org/10.1348/147608303765951168>
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E., Lu, W., Rosenberg, H., McHugo, J., Wolfe, R. y Hamblen, J. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>
- Muñoz, M. (2003). Guía de la entrevista clínica general. En M. Muñoz (Ed.), *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica* (pp. 273-275). Madrid: Síntesis.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). *Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care*. Londres: Author.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical Guideline*. London: Author.
- O'Connor, R.M. y Stewart, S.H. (2010). Substance use disorders. En McKay, D., Abramowitz, J.S. y Taylor, S. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: turning failure into success*. (pp. 211-229). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12070-010>

- Olivares, J., Macià, D., Olivares-Olivares, P.J. y Rosa, A. I. (2012). *El ejercicio de la psicología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Otto M. W., Pollack M. H. y Maki K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.
<http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.68.4.556>
- Öst, L., Alm, T., Brandberg, M. Y Breitholtz, E. (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 167-183. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00176-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00176-X)
- Öst, L-G., Thulin, U., y Ramnerö, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1105-1127.
- Patel, V., Chisholm, D., Rabe-Hesketh, S., Dias-Saxena, F., Andrew, G. y Mann, A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatment for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomized, controlled trial. *The Lancet*, 361(4), 33-39.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (Eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pomerantz, J. (2000, January). Psychotherapy is cost-effective. *Monitor on Psychology*. Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/jan00/pr2.aspx>
- Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Olivares, J. y López, J. A. (2002). Tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en Europa: un estudio meta-analítico. *Revista de Psicología General y Aplicación*, 55(4), 625-639.
- Rosenberg, N. y Hougaard, E. (2005). Cognitive-behavioural group treatment of panic disorder and agoraphobia in a psychiatric setting: a naturalistic study of effectiveness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 198-204. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480510027670>

- Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (DBI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sammons, M. T. y Schmidt, N.B. (2001). *Combined treatment for mental disorders. A guide to psychological and pharmacological interventions*. Washintong, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10415-000>
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The costumer report study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Singleton N., Bumpstead R., O'Brien M., Lee A. y Meltzer, H. (2001). *Psychiatric morbidity among adults living in private households*. London: The Stationary Office.
- Silverman, W. H. (1996). Cookbook, manuals and paint-by number; psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33, 207-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.33.2.207>
- Sue, S. y Zane, N. (2006). Ethnic minority populations have been neglected by evidence-based practices. In J. Norcross, L. Beutler, & R. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debates and dialogues on the fundamental questions* (pp. 329-337). Washington, DC: American Psychological Association.
- Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment report and recommendations. *Clinical Psychology*, 48(1), 3-23.
- Thase, M.E. y Jindal, R.D. (2004). Combining psychotheray and psychopharmacology for treatment of mental disorder. En M.J. Lambert (Ed.), *Berginand Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 743-766) (5th ed). New York: Wiley.
- Valero, M. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.

- Vallejo, M. A., Jordán, C.M., Díaz, M.I., Comeche, M.I., Ortega, J., Amor, P. y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.
- Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, M.P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 567-600). Madrid: Síntesis.
- Van Apeldoorn, F., van Hout, W., Mersch, P., Huisman, M., Slaap, B., Hale, W., Visser, S., van Dyck, R. y den Boer, J.A. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Result of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(4), 260-270. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01157.x>
- Van Alpeldoorn, F.J., Satnt, A.D., van Hout, W.J.P.J., Mersch, P.P.A. y den Boer, J.A. (2014). Cost-effectiveness of CBT, SSRI, and CBT+SSRI in the treatment for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(4), 286-295. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12169>
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991, 25-28 septiembre). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Comunicación presentada en III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona.
- Wade, W. A., Treat, T. A. y Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.66.2.231>

PRESENTACIÓN DE PUBLICACIONES

*TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN LA PRÁCTICA
CLÍNICA COTIDIANA*

Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana

Francisco Javier Labrador¹, Paola Fernández² y Francisco Ballesteros³

¹ Departamento de Psicología Clínica Universidad Complutense de Madrid (UCM)

² Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

³ Clínica de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Resumen: El objetivo del presente estudio es identificar la intervención psicológica en el contexto de la práctica clínica en contraposición al contexto investigador. Se analizan las características de una muestra de 122 pacientes que acuden en demanda de ayuda psicológica a la Unidad de Psicología Clínica asociada al Master de Psicología Clínica de la UCM. Los pacientes mayoritariamente son mujeres (68.85%), siendo la edad media 32.17 años. Tras identificar el tipo de problemas por los que se demanda atención, se analizan la duración promedio de los tratamientos, considerando tres categorías: Altas antes de 20 sesiones de tratamiento (32.79%), Altas entre 21 y 34 sesiones de tratamiento (31.15%) y Alta, Baja o En Tratamiento con más de 34 sesiones (36.60%). Se analiza la duración de los tratamientos según diagnóstico, siendo los trastornos de estrés post-traumático y distímico los que requirieron mayor número de sesiones, frente al trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo que fueron los que menos. Se discuten la generalización de los resultados y las implicaciones de los mismos para la profesión y la práctica clínica.
Palabras clave: Estudio descriptivo; tratamientos psicológicos; duración de los tratamientos; práctica clínica.

Psychological treatments in the usual clinical practice

Title: Psychological treatments in the usual clinical practice.

Abstract: The aim of the study is to characterize psychological intervention in the usual clinical practice as opposed to the research's context. The characteristics of a sample of 122 patients asking for psychological help at the Unit of Clinical Psychology in the Complutense University of Madrid, are presented. Patients are mainly women (68.85 %), and the average age is 32.17 years. After identifying the kind of problems for which the help is required, the length of treatments is considered, clustered in three categories: 20 sessions of treatment or less (32.79 %), between 21 and 34 sessions of treatment (31.15 %) and over 34 sessions (36.60 %). Also the treatment's length is considered according to the psychopathological diagnosis. Post-traumatic stress disorder and Distimic disorder are the diagnosis which required a greater number of sessions, whereas generalized anxiety disorder or depressive disorder are those that least sessions required. The generalization of results and its implications for the professional clinical practice, and for training clinical psychologists, are discussed.

Keywords: Descriptive study, psychological treatments, length of psychological treatments; clinical practice..

Introducción

Los tratamientos psicológicos deben implicar períodos de rehabilitación, y no convertir a sus usuarios en “pacientes crónicos”, sino ayudarles a recuperarse lo más rápidamente posible. Eso conlleva que los tratamientos sean específicos para el paciente y para los problemas por los que demanda ayuda; y no que supongan intervenciones globales y difusas sobre la “vida de las personas”. Éste es el reto actual de la Psicología Clínica, ofrecer a los usuarios de sus servicios tratamientos que promuevan su pronta recuperación, es decir, eficaces, específicos a la demanda y breves. ¿Pero, lo logra?

El desarrollo de los tratamientos psicológicos ha permitido importantes avances en su precisión y eficacia, en especial a partir de la importancia dada a los “tratamientos empíricamente apoyados” (TEA) (Chambless y Ollendik, 2001; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003; Seligman, 1995). Razones de peso apoyan la necesidad de utilizar tratamientos que hayan demostrado empíricamente su eficacia, entre ellas: identificar qué tratamiento se ha mostrado más eficaz para cada trastorno; ofrecer una alternativa terapéutica a la opción psicofarmacológica; maximizar la eficiencia de los tratamientos en términos de costes y resultados; el derecho del paciente a recibir los tratamientos que hayan demostrado ser los más eficaces; y el interés de las agencias gubernamentales y compañías de salud por ofrecer y pagar sólo lo

que tiene garantía de ser eficaz (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la Psicología Clínica actualmente es la de conseguir resultados positivos, en un breve período de tiempo, pues sólo así podrá competir con otros profesionales en el tratamiento de los trastornos mentales. La rapidez en la obtención de resultados está condicionada por las compañías de seguros con asistencia psicológica, al establecer un límite al número de sesiones de tratamiento que sufragan, que rara vez es superior a las veinte. En concreto, en España, *Adeslas* costea veinte, *Caser* veinte, *Mapfre* veinte (el doble para trastornos de la conducta alimentaria), *DKI* Seguros quince, o *Reale* diez. En el caso del Sistema Público de Salud no hay límite, si bien la disponibilidad de tiempo, dado el volumen de casos, no suele ser superior.

Por su parte, la investigación encaminada a desarrollar protocolos de actuación y programas de tratamiento, avala la consecución de éxito terapéutico, tanto en el postratamiento, como en los seguimientos, en un número corto de sesiones. Entre estos protocolos, cabe mencionar el programa de una a cinco sesiones para fobias específicas (Bados, 2005; Öst, Alm, Brandberg, y Breitholtz, 2001); la terapia de activación conductual para la depresión, de seis a doce sesiones (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001); el tratamiento en ocho sesiones para trastorno de estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja (Labrador y Alonso, 2006; 2007); el programa de 12 a 16 sesiones para este trastorno en personas con enfermedad mental grave (Mueser et al., 2008); el programa de 12 a 25 sesiones para afectados por los atentados terroristas del 11 de septiembre (Levitt, Malta, Martín, David, y Cloitre, 2007); y el programa de diez sesiones para

Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Francisco Javier Labrador. Departamento de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid, España). E-mail: labrador@ccp.es

***FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DURACIÓN DE LOS
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EMPÍRICAMENTE
APOYADOS***

Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados

Francisco Ballesteros¹, Paola Fernández² y Francisco Javier Labrador^{3*}

¹ Clínica de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial (España)

² Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias (España)

³ Departamento de Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen: El objetivo del estudio es identificar qué variables pueden relacionarse con una mayor duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. Se analizaron los datos de 122 pacientes de la Unidad de Psicología Clínica del Master de Psicología Clínica y de la Salud, divididos en tres grupos en función del número de sesiones de tratamiento recibidas: grupo 1º, 20 o menos; grupo 2º, entre 21 y 34; grupo 3º, 35 o más. Factores como edad, sexo, tipo de diagnóstico, diagnósticos en eje III y IV (DSM-IV-TR) o número de objetivos terapéuticos no señalaban diferencias significativas. Los factores que mejor explicaban la mayor duración del tratamiento eran: a) el número de técnicas aplicadas (9.7 en grupo 1º; 12.68 en grupo 2º y 14.65 en grupo 3º); b) la presencia de comorbilidad (el 69% de los casos con comorbilidad estaban en el grupo 3º, frente al 7.7% en el grupo 1º). Se discuten los resultados y se proponen líneas de actuación y/o reflexión.

Palabras clave: Duración del tratamiento; comorbilidad; diagnósticos; número técnicas.

Title: Factors that influence the prolongation of empirically supported psychological treatments.

Abstract: The purpose of this study was to find out what factors can explain a longer treatment length. The results of treatments developed with 122 patients at the Clinic of Psychology of the Master of Clinical and Health Psychology were analyzed. The patients were divided into three groups, according to the number of treatment sessions received: Group 1 (20 or less); Group 2 (21-34), and Group 3 (35 or more). Factors such as age, sex, type of diagnosis, diagnostic in axis III and IV (DSM-IV-TR) or number of therapeutic targets do not identified significant differences. The factors that explained the longer treatment length were: a) the number of applied techniques (9.7 in Group 1; 12.68 in Group 2 and 14.65 in Group 3); b) the presence of co-morbidity (69% of patients with co-morbidity were in the Group 3, versus 7.7% in the Group 1). Results are discussed and some intervention/reflection lines are proposed.

Keywords: Treatment length; comorbidity; diagnostics; amount of techniques.

Introducción

Un reto actual de la Psicología Clínica es ofrecer a los usuarios de sus servicios tratamientos que promuevan su pronta recuperación, es decir, eficaces, específicos a la demanda y breves. Los resultados de la investigación avalan una elevada eficacia de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TEA) (Chambless y Ollendick, 2001; Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003), que suelen ser breves y centrados en las características específicas del problema. Sin embargo cuando estos TEA se trasladan a la práctica profesional habitual, hay la sospecha de que su duración es bastante mayor y su eficacia menor. Parece existir una cierta disonancia entre los resultados de los tratamientos en el ámbito de la investigación y en la práctica asistencial cotidiana, entre su eficacia y su efectividad. Así, Chambless y Ollendick (2001) comparando estudios de eficacia y efectividad en trastornos de ansiedad señalan que: "en los estudios de efectividad desciende la validez interna [...] y los pacientes no mejoran tanto como en los estudios de eficacia". En el trabajo de Bados, García y Fusté (2002), se sugiere que los pacientes de los estudios de efectividad mejoran menos que los de eficacia. Entre las razones aludidas destacan que los pacientes en los estudios de efectividad: 1) suelen presentar comorbilidad ó 2) tienen un nivel socioeconómico más bajo.

Ciertamente hay diferencias importantes entre las intervenciones del psicólogo en el ámbito de la investigación y en la práctica profesional (Labrador, Estupiñá y García-Vera, 2010; Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995), que pueden

dificultar la generalización de los resultados de los primeros al ámbito aplicado. En el plano de la investigación el tratamiento está bien definido, es altamente estructurado y tiene una duración prefijada, habitualmente breve, y las intervenciones se aplican de forma estándar sin adaptarlas a las características de los pacientes o sin corregirlas en función de la evolución del caso. Por el contrario, en la práctica asistencial la intervención se va modulando en función de la evolución y necesidades del caso, lo que dificulta la completa ejecución de un plan previamente estructurado. Además, en el ámbito de la investigación los terapeutas suelen estar específicamente entrenados en el tratamiento a aplicar y reciben supervisión al respecto, algo poco habitual en la práctica profesional (Bados y García, 2008; Seligman, 1995).

Disponer de intervenciones efectivas y breves en la práctica profesional es una necesidad imperiosa para la Psicología Clínica debido en gran parte a la presión asistencial (Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011). Por eso es importante investigar si es cierto que al llevar a la práctica profesional los tratamientos, éstos reducen su nivel de eficacia y, no menos importante, si se alargan y por qué.

Al revisar la literatura científica se constata que la información precisa al respecto es escasa, pues la mayor parte de los estudios en los que se ha considerado la duración de los tratamientos, o bien hacen referencia a intervenciones en el ámbito de la investigación, o bien se centran en el análisis de un solo problema (Bados, 2009; Craske y Barlow, 2007; Labrador y Alonso, 2007).

En el campo de la investigación pueden citarse un número importante de trabajos, en especial los que se refieren a protocolos de actuación en diferentes tipos de problemas, que señalan intervenciones habitualmente breves. Entre éstos cabe mencionar el programa de una a cinco sesiones

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:
Francisco Javier Labrador. Departamento de Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid (España). E-mail: labrador@ccp.es

***EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA FOBIA
SOCIAL EN EL ÁMBITO APLICADO***

Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado

Francisco J. Labrador Encinas y Francisco Ballesteros Pérez
Universidad Complutense de Madrid

La fobia social es uno de los trastornos más prevalentes y por los que más se demanda atención psicológica. Se estudió la efectividad de los tratamientos psicológicos en una Clínica Universitaria de Psicología. Demandaron asistencia por fobia social 71 pacientes. La media de sesiones de evaluación fue de 3.8 y de tratamiento 16.1. El porcentaje de altas fue del 64.2%, de bajas el 11.3% y de abandonos el 24.5%. Los tamaños del efecto (d) obtenidos a partir de la Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) y de la Escala de temor a la evaluación Negativa (FNE) fueron del 1.96 y 1.78, respectivamente. Al comparar estos resultados con los estudios de eficacia (en especial meta-análisis) se constató que la efectividad del tratamiento alcanza valores similares a los de eficacia en estudios de investigación. Se defiende la utilidad de generalizar a la clínica asistencial los tratamientos desarrollados en el ámbito de la investigación.

Effectiveness of treatments for social phobia in an applied field. Social phobia is one of the most common disorders and one that requires the most attention from psychological clinics. The aim of this article was to study the effectiveness of psychological treatments in a University Psychological Clinic. Seventy-one social phobia patients requested psychological assistance. The average number of assessment sessions was 3.8 and the average number of treatment sessions was 16.1. Therapeutic success reached 64.2%, withdrawal percentage was 11.3%, and drop-out percentage was 24.5%. The effect size (Cohen's d) achieved in the Social Avoidance and Distress Scale (SAD) and Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) were 1.96 and 1.78, respectively. Comparing these results with efficacy research (particularly meta-analysis), it has been shown that the treatment effectiveness achieved is very similar. It is concluded that cognitive behavioural treatments for social phobia can be transferred from research settings to clinical practice.

La fobia social (F40.1) es, junto con las fobias específicas y la agorafobia, uno de los tres trastornos fóbicos que contempla el DSM-IV-TR (APA, 2000). Entre los aspectos más relevantes de su caracterización se señala:

Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional (APA, 2000).

Es uno de los trastornos más frecuentes, estimándose su prevalencia mundial entre el 3 y el 13%. En España, según la «Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud» (Ministerio

de Sanidad y Consumo, 2006), la prevalencia vital es del 1.17% (1.06% para hombres y 1.28% para mujeres). Es el trastorno de ansiedad por el que más se demanda ayuda psicológica, siendo el trastorno de ansiedad más frecuente en las clínicas de psicología, públicas y privadas (Botella, Baños, García-Palacios y Quero, 2009; Labrador, Estupiñá y García-Vera, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Valero y Ruiz, 2003). En consecuencia, es un reto para la Psicología Clínica desarrollar tratamientos eficaces y efectivos para este problema.

Estudios sobre eficacia de los tratamientos psicológicos

La eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social ha sido reiteradamente puesta de relieve, señalándose como estrategias más adecuadas la exposición (en cualquiera de sus vertientes), el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, una combinación de éstas, o alguna de esas estrategias psicológicas en combinación con farmacoterapia (Feske y Chambless, 1995; Taylor, 1996; Moreno, Méndez y Sánchez-Meca, 2000; Rosa, Sánchez-Meca, Olivares y López, 2002; Sánchez-Meca, Rosa y Olivares, 2004; Klinger et al., 2005; y Antona et al., 2006).

Los tamaños del efecto (TE) de estas intervenciones varían en los distintos meta-análisis. Para la técnica de exposición, considerada la más indicada, los valores d (Cohen, 1988) encontrados son: $d \geq 1.06$ en Feske y Chambless (1995); $d = 0.817$ en Taylor (1996);

Fecha recepción: 26-1-11 • Fecha aceptación: 24-6-11
Correspondencia: Francisco J. Labrador Encinas
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
28223 Madrid (Spain)
e-mail: labrador@correo.cop.es

***EMPIRICALLY SUPPORTED TREATMENTS FOR PANIC
DISORDER WITH AGORAPHOBIA IN A SPANISH
PSYCHOLOGY CLINIC***

Empirically Supported Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia in a Spanish Psychology Clinic

Francisco Ballesteros and Francisco J. Labrador

Universidad Complutense (Spain)

Abstract. The aim of this work is to study the sociodemographic and clinical characteristics of patients diagnosed with Panic Disorder with Agoraphobia (PD/Ag), as well as the characteristics of the treatment and its results and cost in a University Psychology Clinic. Fifty patients demanded psychological assistance for PD/Ag; 80% were women, with an average age of 29.22 years ($SD = 9.03$). Mean number of evaluation sessions was 3.26 ($SD = 1.03$), and of treatment sessions, 13.39 ($SD = 9.237$). Of the patients, 83.33% were discharged (that is, questionnaire scores were below the cut-off point indicated by the authors, and no PD/Ag was observed at readministration of the semistructured interview), 5.5% refused treatment, and 11% were dropouts. The average number of treatment sessions of patients who achieved therapeutic success was 15.13 ($SD = 8.98$). Effect sizes (d) greater than 1 were obtained in all the scales. Changes in all scales were significant ($p < .05$). The estimated cost of treatment for patients who achieved therapeutic success was 945.12€. The treatment results are at least similar to those of studies of efficacy and effectiveness for PD/Ag. The utility of generalizing treatments developed in research settings to a welfare clinic is discussed.

Received 26 September 2013; Revised 9 March 2014; Accepted 13 March 2014

Keywords: panic with agoraphobia, efficacy, effectiveness, empirically supported treatments.

The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV-TR* (DSM-IV-TR) describes panic disorder with agoraphobia (PD/Ag) as the presence of panic attacks (sudden onset of symptoms of apprehension, intense fear or terror accompanied by a feeling of imminent death) and agoraphobia (onset of anxiety or avoidance behavior in places or situations from which it is difficult to escape, or it is impossible to find help if a panic attack occurs) (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Prevalence of PD/Ag is imprecise, according to APA (2000), with world prevalence data of panic disorder (PD)—with or without agoraphobia—ranging between 1.5 and 3%, with an annual prevalence between 1 and 2%. It is estimated that between 33 and 50% of patients with PD present agoraphobic symptoms (APA, 2000). Specifically, in Spain, the data from the “Mental Health Strategy” (Ministerio de Sanidad y Consumo [Ministry of Health and Consumption], 2006) indicate an annual prevalence of 0.69% for PD (0.38% males, 0.98% females), and 0.39% for agoraphobia (0.15% males, 0.60% females). The lifetime prevalence of PD is 1.70% (0.95% males, 2.39% females) and 0.62% for agoraphobia (0.47% males, 0.76% females). Comorbidity is present in 63.1% and 58%, respectively, of PD and agoraphobia.

Furthermore, this type of disorder generates marital, social, occupational, and recreational interference or

impairment. Familiar and personal spheres are affected the most (Bados, 2009). This leads to the necessity of effective and efficient treatments.

The psychological treatment of choice for PD/Ag is exposure and self-exposure, as well as cognitive behavioral therapy (CBT). This is mentioned by The Task Force Reports on empirically supported treatments (EST) (Chambless et al., 1998), treatment guidelines (Barlow, Esler, & Vitali, 2008), and the 12th Division of the APA, taking as a reference the works of Barlow, Craske, Cerny, and Klosko (1989) and of Clark et al. (1994). The efficacy of these treatments for PD/Ag is also supported by meta-analysis and efficacy studies (Mitte, 2005; Öst, Thulin, & Ramnerö, 2004; Rühmland & Margraf, 2001). A brief summary of these investigations is presented below.

Rühmland and Margraf (2001) compared the efficacy of 7 psychological treatments for PD/Ag in a 52-work meta-analysis. They calculated the pre-post effect size (ES) for: presence of main symptoms, number and intensity of panic attacks, general anxiety, depression, degree of dysfunction, and general psychopathology. The ES for exposure treatment was $d = 1.64$, and for CBT, $d = 1.13$; both ESs were large (Cohen, 1988). They concluded that, for all clinical variables, exposure and CBT achieved important and long-lasting improvements.

Öst et al. (2004) examined whether the combination of cognitive therapy plus exposure obtained better results for PD/Ag than exposure alone. They assigned 73 patients to one of three conditions: in vivo exposure, CBT, and waiting-list. Treatment was individual and

Correspondence concerning this article should be addressed to Francisco Javier Labrador. Departamento de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid (Spain). Phone: +34-913942859. E-mail: labrador@cop.es

APÉNDICE

CARTAS DE ACEPTACIÓN DE PUBLICACIONES



© Copyright: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España)

Revista científica de Psicología
Periodicidad cuatrimestral (un volumen anual con tres números en enero, mayo y octubre).
Sistema estandarizado de revisión científica externa de originales

anales de psicología se encuentra en los siguientes repertorios de factor de impacto:

- JCR (Journal Citation Reports):
Factor de impacto (jun 2011): 1.338
Ranking: 47 de 120 (en Psychology-Multidisciplinary)
- SJR (Scimago Journal Rank, de Elsevier).
Factor de impacto 2011: 0.028
- In-Recs (Granada, España):
(<http://ec3.ugr.es/in-recs/ii/Psicologia-2010.htm>)
Factor de impacto 2010 (publ. 2011): 1.068
Ranking: nº 2 en Psicología

Principales repertorios de índices/sumarios y bases de datos en que se encuentra indexada:

- SSCI (Social Sciences Citation Index), SCiexp (Science Citation Index Expanded), Web of Knowledge, Web of Science (todas de ISI Thomson Reuters)
- SCOPUS (de Elsevier)
- PsycInfo database, Psychological Abstracts y PsycLit (de A.P.A., American Psychological Ass., Washington, U.S.A.)
- Índice Español de Ciencias Sociales A: Psicología y Educación (CINDOC, CSIC, Madrid)
- PSICODOC (Col. Ofic. Psicólogos, España).
- Anuario de Psicología Clínica producida en lengua española (Madrid)
- Ulrich's International Periodicals Directory
- PIO (Periodical Index Online)
- En la web (open Access): Open Science Directroy (EBSCO), DOAJ, SCIRUS, Psycline, PsychSpider, Google Scholar, Dialnet, e-revistas, Recolecta, RedAlyc

Principales índices de calidad editorial y sistemas de evaluación de revistas:

- ERIH (European Reference Index for the Humanities, de la European Science Foundation)
- Evaluación FECYT-RECYT (Madrid): Sello de excelencia, edición 2011
- Criterios Latindex
- Criterios CNEAI
- DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas; CSIC, CINDOC, ANECA)
- RESH (Revistas Españolas de Ciencias Sociales y Humanas: Valoración integrada; IEDCYT-CSIC)
- MIAR (Matrú de informació per a l'avaluació de Revistes. Base de datos con la que se obtiene el ICDS)

DIRECCIONES:

Envío y recepción de originales:

Director de "Anales de Psicología"
Facultad de Psicología,
Universidad de Murcia
Campus de Espinardo
Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España).
Correo electrónico: analesps@um.es

Solicitud de canje con otras revistas:

Servicio de Intercambio Científico.
Universidad de Murcia
Biblioteca General (Campus de Espinardo)
Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España).
Correo electrónico: mdem@um.es

Internet, dirección World Wide
Web: <http://revistas.um.es/analesps/>

DATOS DEL ARTÍCULO:

Título: Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana.

Autores: Francisco Javier Labrador, Paola Fernández, Francisco Ballesteros

CÓDIGO: 122921

Recibido: 23-03-2011

Asunto: ACEPTACIÓN DEL ARTÍCULO

Agustín Romero Medina

Director de **anales de psicología**

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia

Aptdo. 4021, 30080 Murcia

Tlf: 868 883483, Fax: 868 884115

E mail: analesps@um.es

Murcia, a 23 de marzo de 2011

Estimado compañero:

Por la presente, te comunico que, con fecha de hoy, el artículo enviado a **anales de psicología** cuyos datos son los mencionados más arriba, **ha sido aceptado** para su publicación en esta revista. La separata del artículo la obtendrás en formato pdf en la página web de la revista (<http://revistas.um.es/analesps/>) en cuanto sea publicado en el número correspondiente.

Gracias por tu colaboración y espero que sigas contando con esta revista para publicar tus trabajos.

Recibe un cordial saludo,



Fdo.: Agustín Romero Medina



ISSN edición impresa: 0212-9728
ISSN edición web: 1695-2294
<http://revistas.um.es/analesps/>

© Copyright: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España)

Revista científica de Psicología
Periodicidad cuatrimestral (un volumen anual con tres números en enero, mayo y octubre).
Sistema estandarizado de revisión científica externa de originales

anales de psicología se encuentra en los siguientes repertorios de factor de impacto:

- JCR (*Journal Citation Reports*):
Factor de impacto (jun 2011): **1.338**
Ranking: 47 de 120 (en *Psychology-Multidisciplinary*)
- SJR (*Scimago Journal Rank*, de Elsevier).
Factor de impacto 2011: 0.028
- In-Recs (Granada, España):
(<http://ec3.ugr.es/in-recs/ii/Psicologia-2010.htm>)
Factor de impacto 2010 (publ. 2011): 1.068
Ranking: nº 2 en Psicología

Principales repertorios de índices/sumarios y bases de datos en que se encuentra indexada:

- SSCI (*Social Sciences Citation Index*), SCIEp (*Science Citation Index Expanded*), Web of Knowledge, Web of Science (todas de ISI Thomson Reuters)
- SCOPUS (de Elsevier)
- PsycInfo database, Psychological Abstracts y PsycLit (de A.P.A., American Psychological Ass., Washington, U.S.A.)
- Índice Español de Ciencias Sociales A: Psicología y Educación (CINDOC, CSIC, Madrid)
- PSICODOC (Col. Ofic. Psicólogos, España)
- Anuario de Psicología Clínica producida en lengua española (Madrid)
- Ulrich's International Periodicals Directory
- PIO (Periodical Index Online)
- En la web (open Access): Open Science Directroy (EBSCO), DOAJ, SCIRUS, Psycline, PsychSpider, Google Scholar, Dialnet, e-revistas, Recolecta, RedAlyc

Principales índices de calidad editorial y sistemas de evaluación de revistas:

- ERIH (*European Reference Index for the Humanities*, de la European Science Foundation)
- Evaluación FECYT-RECYT (Madrid): Sello de excelencia, edición 2011
- Criterios Latindex
- Criterios CNEAI
- DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas; CSIC, CINDOC, ANECA)
- RESH (Revistas Españolas de Ciencias Sociales y Humanas: Valoración integrada; IEDCYT-CSIC)
- MIAR (Matriu d'informació per a l'avaluació de Revistes. Base de datos con la que se obtiene el ICDS)

DIRECCIONES:

Envío y recepción de originales:

Director de "Anales de Psicología"
Facultad de Psicología,
Universidad de Murcia
Campus de Espinardo
Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España).
Correo electrónico: analesps@um.es

Solicitud de canje con otras revistas:

Servicio de Intercambio Científico.
Universidad de Murcia
Biblioteca General (Campus de Espinardo)
Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España).
Correo electrónico: mdem@um.es

Internet, dirección World Wide

Web: <http://revistas.um.es/analesps/>

DATOS DEL ARTÍCULO:

Título: Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados..

Autores: Francisco Ballesteros, Paola Fernández, Francisco Javier Labrador

CÓDIGO: 139361

Recibido: 14-11-2011

Asunto: ACEPTACIÓN DEL ARTÍCULO

Agustín Romero Medina

Director de **anales de psicología**

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia

Aptdo. 4021, 30080 Murcia

Tlf.: 868 883483, Fax: 868 884115

E mail: analesps@um.es

Murcia, a 5 de febrero de 2012

Estimado compañero:

Por la presente, te comunico que, con fecha de hoy, el artículo enviado a **anales de psicología** cuyos datos son los mencionados más arriba, **ha sido aceptado** para su publicación en esta revista. La separata del artículo la obtendrás en formato pdf en la página web de la revista (<http://revistas.um.es/analesps/>) en cuanto sea publicado en el número correspondiente.

Gracias por tu colaboración y espero que sigas contando con esta revista para publicar tus trabajos.

Recibe un cordial saludo,



Fdo.: Agustín Romero Medina

Colegio Oficial de Psicólogos
del Principado de Asturias
Ildefonso S. del Río 4, 1ºB
33001 Oviedo (Spain)

Tel.: +34 985 285 778
Fax.: +34 985 281 374
E-mail: psicothema@cop.es
www.psicothema.com

OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ, Gestora de la revista Psicothema

CERTIFICA:

Que D. FRANCISCO BALLESTEROS PÉREZ, es autor del siguiente artículo:

“Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado”, publicado en la Revista Psicothema, Volumen 23, nº 4, 2011, pág. 560-565, ISSN Edición papel: 0214-9915, ISSN Edición digital: 1886-144X, Depósito Legal: AS-3.779/89, cuyos autores son: D. Francisco J. Labrador Encinas y D. Francisco Ballesteros Pérez.

Editor-in-chief
Roberto Secades Villa

Associate Editors
José Muñiz
Jorge L. Arias
Marino Pérez Álvarez
José C. Núñez
Serafín Lemos Giráldez
José R. Fdez. Hermida
Guillermo Vallejo
Jorge Fdez. del Valle

Managing Editor
Olaya García Rodríguez

Editorial Office
Leticia García
Mª Ángeles Gómez

La revista Psicothema está editada por el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Cada número consta de una tirada de 1.000 ejemplares y su distribución se realiza a través de Bases de Datos. Está indexada en las siguientes Bases de Datos:

Social Sciences Citation Index. Current Contents - Social and Behavioural Sciences. MEDLINE/Index Medicus. Index Copernicus. Psychological Abstracts. PsycLIT. PsycINFO. Family Studies Database. Bases de datos ISOC—Psicología. Redinet. Psycodoc. Scopus. Dialnet. IN-RECS, Latindex y Redalyc. Google Scholar y European Reference Index For The Humanities.

Y para que conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Oviedo, a quince de julio de dos mil catorce







Javier Bandrés, Editor of *"The Spanish Journal of Psychology"*, Faculty of Psychology, Universidad Complutense de Madrid

CERTIFIES THAT:

The article titled ***"Empirically Supported Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia in a Spanish Psychology Clinic"*** by the authors **Francisco Ballesteros and Francisco J. Labrador** has been accepted for publication in our journal.

In witness whereof, I hereby sign and issue this certificate in Madrid on June 12, 2014.





DOCUMENTO ACREDITATIVO DE ÍNDICE DE IMPACTO

TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO DE PUBLICACIÓN	ÍNDICE DE IMPACTO	FUENTE
Tratamientos Psicológicos de la Práctica Clínica Cotidiana.	Anales de Psicología	2011	0.568	http://www.um.es/analesps/ (Recuperado el 13 de Septiembre de 2014)
Factores que Influyen en la Duración de los Tratamientos Psicológicos Empíricamente apoyados.	Anales de Psicología	2013	0.549	http://revistas.um.es/analesps (Recuperado el 13 de Septiembre de 2014)
Efectividad de los Tratamientos para la Fobia Social en el Ámbito Aplicado.	Psicothema	2011	1.244	http://ec3.ugr.es/ec3/Psicologia.html (Recuperado el 13 de Septiembre de 2014)
Empirically Supported Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia in a Spanish Clinic.	Spanish Journal of Psychology	2014	0.827	http://journals.cambridge.org/action/displayMoreInfo?jid=SJP&type=if (Recuperado el 13 de Septiembre de 2014)

CARTAS DE RENUNCIA

ESCRITO DE DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD DE LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

FRANCISCO JAVIER LABRADOR ENCINAS, con DNI 3779713P, acepto que los artículos, cuya referencia aparecen a continuación, sean presentados como parte del trabajo de Tesis Doctoral de D. Francisco Ballesteros Pérez. Asimismo, manifiesto que D. Francisco Ballesteros Pérez ha sido el investigador principal del citado trabajo. Finalmente, me comprometo a no presentar dichos artículos como parte de otra tesis doctoral.

Referencia de los artículos:

Labrador, F. J., Fernández, P., y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27 (2), 219-326.

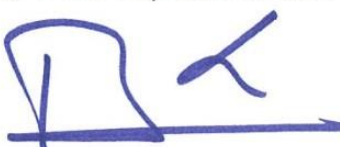
Ballesteros, F., Fernández, P. y Labrador, F.J. (2013). Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. *Anales de Psicología*, 29 (1), 94-102.

Labrador, F. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23 (4), 560-565.

Ballesteros F. y Labrador, F. J. (en prensa). Empirically supported treatments for panic disorder with agoraphobia in a Spanish psychology clinic. *The Spanish Journal of Psychology*.

En Somosaguas, 1 de Septiembre de 2014

Firmado



F. J. Labrador

ESCRITO DE DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD DE LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

PAOLA FERNANDEZ CATALINA, con DNI 50123439E, acepto que los artículos, cuya referencia aparecen a continuación, sean presentados como parte del trabajo de Tesis Doctoral de D. Francisco Ballesteros Pérez. Asimismo, manifiesto que D. Francisco Ballesteros Pérez ha sido el investigador principal del citado trabajo. Finalmente, me comprometo a no presentar dichos artículos como parte de otra tesis doctoral.

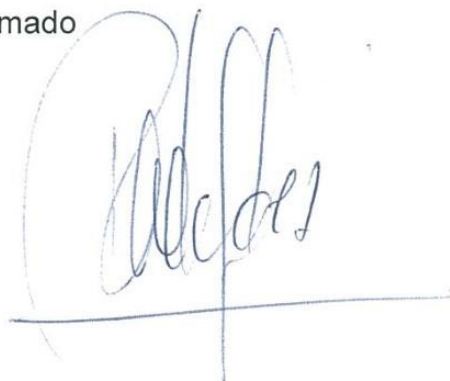
Referencia de los artículos:

Labrador, F. J., Fernández, P., y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27 (2), 219-326.

Ballesteros, F., Fernández, P. y Labrador, F.J. (2013). Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. *Anales de Psicología*, 29 (1), 94-102.

Madrid , 1 de Septiembre de 2014

Firmado

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Paola Fernandez Catalina', written over a horizontal line.

